DOCUMENT RESUME

ED 167 243 PS 010 355

TITLE	Children with Special Needs in Day Care: A Guide to Integration (A Guide for Integrating Developmentally Delayed Children Into Regular Day Care Services).
INSTITUTION	National Inst. on Mental Retardation, Toronto (Ontario).
SPONS AGENCY	Canadian Association for the Mentally Retarded, Toronto (Ontario).
PUB DATE	78
NOTE	117p.
EDRS PRICE	MF-$0.83 HC-$6.01 Plus Postage.
DESCRIPTORS	*Day Care Programs; Developmental Disabilities; Early Childhood Education; *Exceptional Child Services; *Handicapped Children; Infants; Labeling (of Persons); *Mainstreaming; Normalization (Handicapped); Parent Participation; Special Education
IDENTIFIERS	*Canada

ABSTRACT

This handbook (written in English and French) provides guidelines for integrating children with special needs into regular day care programs and discusses the need for a network of social services for these children and their families. The guide explains (1) the rationale for mainstreaming and the advantages and disadvantages of categorizing special needs; (2) the main components of early developmental programs; (3) different forms mainstreaming can take and the major factors in instituting mainstreaming in a day care facility; and (4) how to structure a program for developmentally delayed children within a regular early childhood service and how to monitor the mainstreaming process. A checklist for assessing the quality of integrated preschool programs is included and examples are given of services (in addition to day care and preschool programs) which would comprise a total network of resources for children with special needs and their families. The guide concludes with a discussion of the directions in which service for handicapped children should go (e.g., inter-agency coordination). A resource section with references to printed and audiovisual materials and an appendix listing Canadian organizations for handicapped persons are included. (BH)

****
* Reproductions supplied by EDRS are the best that can be made *
* from the original document. *
****

ED167243

U S DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION & WELFARE
NATIONAL INSTITUTE OF EDUCATION

THIS DOCUMENT HAS BEEN REPRODUCED EXACTLY AS RECEIVED FROM THE PERSON OR ORGANIZATION ORIGINATING IT. POINTS OF VIEW OR OPINIONS STATED DO NOT NECESSARILY REPRESENT OFFICIAL NATIONAL INSTITUTE OF EDUCATION POSITION OR POLICY

Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

children with special needs in day care

A GUIDE TO INTEGRATION

PS 010355

"PERMISSION TO REPRODUCE THIS MATERIAL HAS BEEN GRANTED BY
Howard Clifford
TO THE EDUCATIONAL RESOURCES INFORMATION CENTER (ERIC) AND USERS OF THE ERIC SYSTEM."

CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS IN DAY CARE
A GUIDE TO INTEGRATION

A Guide for Integrating Developmentally
Delayed Children Into Regular Day Care Services

Published by authority of
The Honourable Monique Bégin
Minister of National Health and Welfare

The National Institute on Mental Retardation, sponsored by the Canadian Association for the Mentally Retarded, researched and prepared the document.

1978

PS 010355

Cover Illustration by
Martha Perske

The opinions expressed are those of the authors and do not necessarily reflect the position of the Department of National Health and Welfare.

TABLE OF CONTENTS

	Page
INTRODUCTION	1
CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS	3
a) Areas of Developmental Disability	3
b) Problems in Using Categories of Handicaps	5
c) Positive Consequences of Identifying Special Needs	6
d) Resolving the Issue: A Positive Approach to Developmental Disabilities	6
EARLY DEVELOPMENTAL PROGRAMS	9
a) Early Involvement	9
b) A Systematic Teaching Approach to Development	10
c) The Importance of Parent Involvement	11
d) Implications for Early Childhood Education	12
DEVELOPMENTALLY DELAYED CHILDREN IN "REGULAR" EARLY CHILDHOOD SERVICES	13
a) The Integration Issue	13
b) Factors to Be Considered in The Integration Process	15
c) Programming for Developmentally Delayed Children Within a Regular Early Childhood Service	25
d) Monitoring the Integration Process	27
TOWARDS A NETWORK OF SERVICES	33
SUMMARY AND CONCLUSIONS: SERVICE DIRECTIONS AND PROFESSIONAL ROLES	37
RESOURCES SECTION	41
a) References	41
b) Suggested Readings For Parents and Teachers	43
c) Journals	46
d) Bibliographies	47
e) Selected Publications Available from the National Institute on Mental Retardation (NIMR)	48
f) Audio-Visual Resources	49
APPENDIX A	55

INTRODUCTION

Providing appropriate services, for children with special needs has recently become an important concern among a growing number of early childhood personnel. For many years, separate day care facilities[1] have existed for children with identified handicaps. These segregated services were begun across Canada in the 1950's by parents of handicapped children who found that their children were being refused admission in the public school system and by private, municipal, and cooperative day care programs.

We are currently witnessing major changes in services for children with special needs. With innovations in the area of developmental programming, the potential for promoting the learning of handicapped children has only begun to be explored. With growing philosophical commitment to and evidence of the success of "integration", more personnel now regard the step of including children with special needs within their regular programs a natural part of their responsibility to the community. Equally important, more parents of, and associations for handicapped children are exploring the same idea. They have become interested in the development of infant services and are demanding that regular[2] day care programs accept their children.

Increasingly, it behooves all persons involved in early childhood services to carefully examine new information pertaining to developmental programming and the issues of integration, to make decisions of benefit to all the children, parents and staff concerned.

The Underlying Philosophy

These developments in services have been fostered by the belief in the right of children with special needs to grow up and fully participate in the mainstream of society. Thus, society has the obligation to provide handicapped children with the fullest developmental opportunities -- alongside and involved with non-handicapped children. Because children's attitudes are more flexible than adults, the logical time to begin this process is in early childhood developmental programs.

---

1. The term "day care" includes all part-time and full-time services for preschool children, including programs for infants.

2. "Regular" services are those which are available to all children and not specifically designated for children with handicaps.

Progressive early childhood programs are based on the principle of valuing children - more highly than staff and parent convenience, administrative practicability, financial gain, etc. If children who are developmentally delayed are to be assisted, there must be an even more conscious commitment to this belief, because there will likely be times when staff will be inconvenienced, the administration challenged, and finances drained in order to provide a program that will truly benefit the handicapped children.

The principle of "normalization"[1] has been formulated to provide an ideology for all services for handicapped persons (Wolfensberger, 1972). Essentially, it means that the normal conditions of life should be made available to handicapped people (National Institute on Mental Retardation, 1974).

In interpreting these principles to homelife and services, the following guidelines are important:

i) provide developmentally delayed children with the most extensive opportunities for social, emotional, and skill development, as early as possible;

ii) compensate for dissimilarities in appearance and/or physical disabilities through appropriate dress, surgery, dental work, physiotherapy, prosthetic equipment, etc.;

iii) present and interpret the children to others in ways which clearly reflect how highly they are valued and how much they have in common with all children; and

iv) shape the attitudes of other children and adults to be more accepting of "differentness".

It is not enough that these principles are understood and accepted by personnel; all decisions made concerning handicapped children must reflect and demonstrate the underlying philosophy.

The principle of normalization implies that the special requirements of children need not separate them from either the normal conditions of life or from regular services. Rather the kind of "service specialization" children require, means extra support to ensure that they receive the full extent of resources and the kinds of learning opportunities they need to develop to their fullest potential, while remaining a part of the same group as other children their age.

---

1. Wolfensberger has refined the principle of normalization as follows: "Utilization of means which are as culturally normative as possible in order to establish and/or maintain personal behaviours and characteristics which are as culturally normative as possible." This definition emphasizes both the goal and the process of attaining it.

CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS

Identifying children as having "special needs" presents a dilemma. On the one hand, precise information about children's handicapping conditions may well be a necessary prerequisite to providing them with the resources they need. On the other hand, there are serious dangers in emphasizing a child's "differentness", particularly when such differences are seen as problems within the child. This section will deal with this complex issue in three ways: first, by providing brief information about the different areas of developmental disability; second, by discussing the contradictions in assigning a child to one of these categories; and third, by evolving a workable definition that will promote a positive approach to a child whose needs are greater than average.

A. Areas of Developmental Disability

Our concern is with children whose handicap or disability interferes with "normal" functioning and the acquirement of skills along the lines of typical developmental patterns. "Developmental disability", "developmental delay" and "handicap" are general terms currently used to indicate a general problem in development. The category of overall developmental delay includes such specific handicapping conditions as mental retardation, physical disability, hearing impairment, visual impairment, emotional disorders and language impairment. Each of the above is a different handicapping condition; any child may have problems in development related to only one or to several of these areas of disability. A developmental handicap may be a result of a genetic disorder, problems during pregnancy (e.g., related to drugs, injury, malnutrition, poisons), complications during delivery, disease or injury to the developing child, or deprivation in a child's social, emotional and physical environment. Each of the handicapping conditions can range from slight to severe as it affects a particular child.

The following is a very brief summary of information on each of the different handicapping conditions. Readers should refer to other resources concerning each area of disability for further information on causes, characteristics, incidence and so on.

1. Physical Disabilities

There is a large group of different orthopedic and neurological impairments which interfere with children's functioning. An orthopedic impairment interferes with the normal functioning of the bones, joints or muscles. Neurological impairments include cerebral palsy, epilepsy, spina bifida, minimal cerebral dysfunction, specific learning disabilities and are a result of injury to or lack of complete development of the central nervous system. These disabilities may affect children's motor, language, sensory and intellectual development. Some of the problems that a physically disabled child may have included involuntarily contracting muscles (spasticity), involuntary and uncontrolled movement (athetosis) and problems in balance (ataxia).

2. Mental Retardation

The definition of mental retardation put forth by the American Association on Mental Deficiency states that mental retardation refers to significantly sub-average general intellectual functioning existing concurrently with deficits in adaptive behaviour, and manifested during the developmental period. More simply stated, a mentally retarded child has significantly greater than average difficulties in learning and may be socially more immature than others of his chronological age. Many teachers have found that mentally retarded children have problems in following directions, generalizing from one situation to another, learning new material and concepts, and becoming involved in self-directed and creative play (Krieg et al, 1974).

3. Visual Impairments

Those children who have no measurable vision or vision that is limited to the point of being non-functional, after all correction has been made, are considered blind. These children -- referred to as the educationally blind use touch and hearing as their chief avenue of learning. Visually handicapped children who do rely on sight for learning are referred to as partially seeing, (Hobbs, 1974). Significant visual problems can slow down physical development, and the acquirement of language and cognitive skills.

4. Hearing Impairments

Deaf children are those whose hearing loss is so severe at birth or during the period before language is typically acquired, that it interferes with the development of language comprehension and expression. Children who develop severe hearing loss after the normal period of language acquisition are able to develop communicative skills. Children are considered partially hearing if they have some hearing functioning, with or without corrective aids, and are not totally impaired in their oral-language development (Hobbs, 1974).

5. Speech and Language Disorders

Children are considered language-impaired when their speech and/or language deviates from a designated speech standard; children whose speech deviates even greater from the same standard are considered language-disabled, (Hobbs, 1974).

6. Emotional Disturbances

The term emotional disturbance refers to a large category of emotional and behavioural disorders, including "adjustment" problems of childhood, behaviour disorders, psychosocial dysfunctions, mental disorders, mental illness, neurosis, childhood schizophrenia, and infantile autism. Typically, the child's behaviour is observed and classified, and inferences are made about underlying physical or psychological processes, (Hobbs, 1974).

7. At-risk for Developmental Delay

In many infants and young children, the above handicaps are not clearly manifested at this early stage of their lives. Nonetheless, there are signs which indicate that they may later develop handicaps which can interfere with their development. For example, infants with Down's Syndrome[1] do not necessarily show evidence of mental retardation in their first year of life, but can become increasingly delayed if not provided with necessary resources. Many children cannot be diagnosed as having any of the above disabilities, yet do have special needs.

8. Problems in Using Categories of Handicaps

There is a major contradiction to be considered when applying categories to children to differentiate them from other children. This problem applies whether the category denotes a general special need (as with "developmental disability") or a very specific handicapping condition (as with "visual impairment"). The use of these categories can have serious negative consequences or definite benefits for the children's futures, depending on how they are used and interpreted by parents, professionals, and the community.

One of the most serious problems of associating a child with any of the above handicapping conditions is that deficiencies and abnormalities are stressed in their definitions. These deficiencies then become identified with the child, and the child is viewed as the problem. A child's special needs status really involves a relationship between himself and his disability, and his family, environment and society's resources. On the one hand, a child with a particular disability, such as blindness, may be helped to work around the disability so that it does not interfere with his development. On the other hand, a child may remain handicapped, because society has been deficient in providing the resources necessary to help him overcome his disability. For example, the group of children who are termed "disadvantaged" and show signs of being mildly mentally retarded, are products of a culturally and economically handicapping background.

A second problem is that the use of categories can undermine a child's present strengths and potential for future development. Many of the tests used to show evidence of a "permanent" condition (for example, achievement tests and I.Q. ratios which are used to predict permanent levels of mental retardation) can create very limited, wrong expectations about what children will be able to learn in the future. Many studies

1. Down's Syndrome is one of the most common causes of mental retardation. One child in 700 is born with this condition. Persons with Down's Syndrome possess one extra chromosome than is usual in their cells. Refer to Pitt (undated booklet) for further information.

have found, in fact, that when infants and children are provided with the proper learning opportunities, the effects of their handicapping conditions can be minimized or even prevented.(1) Nonetheless, children who have been diagnosed at an early age as "mentally retarded" or otherwise handicapped, may still have to bear with a label which no longer describes their capabilities accurately.

Finally, the use of diagnostic categories and particularly of these kinds of tests, tends to minimize the uniqueness of each child's complex of intellectual, social, emotional and physical capabilities and needs, by measuring him stringently against the yardstick of the average. The differentiation of "special" from "normal" children overlooks the important fact that "normal" children progress at vastly different and uneven rates of development in the same way that handicapped children do. Any child can encounter a problem in one phase or another of development. Many children follow slightly different avenues to arrive at a common developmental milestone, such as walking. Altogether, the rate at which any child physically matures, his internal physiological responses, how he reacts to his environment and so on, reflect his uniqueness and do not spell out whether he should or should not be eligible for the category of "normal".(2)

C. Positive Consequences of Identifying Special Needs

Because some infants and children require exceptional resources to allow them the same opportunity for development as other children have, it is essential to identify their special needs in order to direct these resources to them. The use of the different diagnostic categories can provide parents and professionals with more precise information about kinds of resources that are needed, in terms of time spent with a child, the use of certain teaching techniques, corrective surgery required, specialized equipment, how to structure the environment and so on. Furthermore, these categories can provide planners with information on which to base decisions concerning research projects, service development and changes in legislation.

D. Resolving the Issue: A Positive Approach to Developmental Disabilities

An important contradiction has been discussed here, namely that while it may be detrimental to differentiate a child from other children, it may also be necessary to give full recognition to the child's differences. This contradiction can possibly be

---

1. For a review of several of these studies, see Friedlander et al, 1975.
2. For a good discussion of the subject of individual differences, refer to Gordon, (1975, pp. 24-25).

resolved by emphasizing a positive interpretation of developmental disabilities. What is required is a definition that will emphasize what all children have in common, that will denote a general developmental problem, that will specify that it is society's responsibility to provide remedial resources, and that will promote positive expectations about a child's potential. The terms "developmentally delayed/disabled/ or handicapped child" are all sufficiently broad to describe a learning individual who needs more than average assistance in attaining the usual developmental goals.

Specific information about each child's unique complex of strengths as well as weaknesses, in each developmental area, can be gained not from reference to a diagnostic category, but rather through the use of detailed functional assessment scales.(1) These scales should be used in order to structure an appropriate learning program and with the understanding that the results offer no valid predictions about the future achievements of the child.

The point of the exercise of finding out about children's developmental disabilities is to translate the information about their needs into meaningful directions to promote their development. Therefore, a visually impaired child should be interpreted as someone who needs to be approached through sound and tactile stimuli, a hearing impaired child as someone who needs primarily visual and tactile input and perhaps a specialized hearing device, a mentally retarded child as someone who needs slower-paced, repetitive and structured learning procedures, and so on.

Altogether, infants and children with special needs have in common with all children their need for physical care, strong emotional ties, and opportunities for intellectual and social learning. Rather than being different, their needs are more extensive -they may need more encouragement, support and praise, more time for learning and practising, to work towards the level of independence and achievement typical for their age group. Finally, the differences that are inherent within the child should be understood by himself and others - not as a deficiency - but as a natural and acceptable part of himself.(2)

---

1. Refer to Resources Section for references.

2. Where the masculine is used, it includes the feminine.

EARLY DEVELOPMENTAL PROGRAMS

Recently, there has been a growing interest among early childhood educators in the concept of early developmental programming. The concept was first explored in the "Head Start Programs" of the 1960's in the United States. At that time the focus was on ways of compensating for the lack of stimulation that children from "inadequate environments" were receiving (Gordon, 1975; p. 113; Zadig & Crocker, 1975, p. 6). These programs were oriented to the older, preschool child. By the 1970's, however, researchers had begun to apply the concept to programs for developmentally disabled (and at-risk) infants and very young children. The terms "early intervention" and "infant stimulation" are used in current literature to describe these programs.

The implications of this approach for the development of handicapped children are astounding. For the first time, families are being provided with effective ways to creatively approach the handicapping condition of their child. The handicapped child is being provided with the means to realize his potential for full community living, in ways never before thought possible.

As these programs have evolved in Canada and the United States, three important components have emerged:[1]

i) beginning programs as early as possible, during infancy;

ii) using a systematic teaching approach to development;

iii) involving parents directly in developmental programming.

A. Early Involvement

Remedial intervention can be effective at any time in a young child's development. Nonetheless intervention in the first years of life can have a unique impact in ameliorating a child's handicapping condition. Through the use of newly developed and more sensitive research techniques, we are now aware that newborn infants begin immediately to interact actively with their environment. They show sophisticated responses, such as discriminating subtle auditory stimuli within the first 48 hours after birth (Cairns & Butterfield, 1975, p. 8; see also Tronick & Brazelton, 1975). Thus, a child's handicap

---

1. See Friedlander, B.Z. et al, (eds.) Exceptional Infant, Volume 3; (New York, 1975) for a collection of studies on the "intervention" process.

can begin to interfere with the normal learning process soon after birth. It becomes important to identify handicapped, disadvantaged and at-risk children in infancy in order to begin developmental programs immediately. Developmental programs have been begun in Canada in the neonatal wards of hospitals for infants of the "age equivalent to 37 weeks post conception."[1]

B. A Systematic Teaching Approach to Development

In the normal developmental process, the growing child gains more control of his own movements and more influence on the world around him. The approach to child development evident in early childhood services is based on the premise that development progresses as children learn from their total environment; enriched surroundings and high quality interpersonal relations promote this natural development. It must be stressed, however, that this kind of enrichment may be insufficient for a child whose handicap might interfere in the learning process. In the case of the developmentally delayed child, the typical educational approach must often be adapted to include a structured, systematic program which is designed to overcome the barriers to development posed by a handicap.

In the organization of such a program, structure is used to break down developmental goals into teachable units that are meaningful for an individual child. Long-term and short-term objectives are achieved systematically as a child is involved in progressively more complex activities (see Bronfenbrenner, 1975), building simple and then more complex skills, step by step. A child whose limited impulsive or exploratory gestures restrict his outreach is carefully stimulated as he is purposefully directed to new objects and activities. In some instances, a child will need to have the confusing stimuli in his surroundings channeled to him in a more organized way.

The example of an infant who is blind[2] illustrates the necessity for an organization of a structured developmental program. Most infants depend a good deal on their ability to see. The sight of an interesting object motivates the child to try and reach the object. In contrast, a blind infant has to be guided and shown how to use his hands

---

1. For example, at the Hospital for Sick Children in Toronto; an unpublished paper by Sarah Blacha, "Proposal for an Early Intervention Program for the High-Risk Neonate," describes this project.

2. For a good discussion of stimulation programs with blind infants, see Selma Fraiberg, "Intervention in Infancy: A Program for Blind Infants," Exceptional Infant, Volume 3, ed. B.Z. Friedlander et al (New York, 1975) pp. 40-62.

to explore around him. Objects that produce different tactile sensations have to be brought to him before he will reach for them himself. He has to be systematically introduced to the step of reaching before he can be motivated to creep and then to crawl.

C. The Importance of Parent Involvement

In contrast to traditional models of educational and medical services (Neilsen et al, 1975, p. 225) early childhood services currently give full recognition to the crucial role that parents play in the development of their child. It is to the parent that the child turns for direction and appreciation. Parents are the ones who can provide continuous learning opportunities for their child.

Despite overall professional acknowledgement of the importance of the parents' role, many parents still find from professionals a lack of discussion about their child's handicapping condition, and a lack of practical advice on ways to work with their child in their own home (Spain and Wigley, 1975, p. 7). Furthermore, because in the past they were convinced that their role was secondary to the educator and physician, many parents need to be convinced of the importance of their role (Zadig & Crocker, 1975). Therefore, professionals and knowledgeable parents must direct their efforts to providing parents with complete information about their child's individual developmental needs and how they can assist his growth.

The purpose of early "intervention" programs is primarily to foster the developmental progress of a handicapped child; nonetheless, the well-being of the total family is also an important goal of such programs (Neilsen et al, pp. 240-244). The affectionate interaction between the parent and child (e.g., fondling, discipling, smiling, verbalizing, etc.) provides the stimulation and security that the child needs (Rynders & Horrobin, 1975, p. 174). Yet often in families with a handicapped child there is interference in such interaction between parents and child. Both parents and child may not know how to interpret or fully express signs of attachment to each other. One study found that parents of blind infants did not recognize that their infant actually responded to them in an entirely different way than the infant did to strangers (Fraiberg, 1975).

Many recent early development programs, besides encouraging the parent-child relationship in general, actually zero in on the parent as the primary teacher. This structured relationship has been termed "maternal tutoring": the "one-to-one focused educational interaction" between parent and child (Rynders & Horrobin, p. 174). The mother is given the techniques to follow a specific developmental curriculum with her own child.[1]

---

1. As Gordon states, (1975, p. 114) undoubtedly the current accent on only the mother is an error. The importance of the father in the general parenting process is well acknowledged; a way must be found to involve him significantly in structured intervention programs.

Whether the setting is in a centre or the home, parental involvement is an important component of the program process. Not only must parents be supported to recognize their handicapped child's emotional attachments and developmental growth, but also they must be given the knowledge to play a primary, instrumental role in furthering their child's achievements. Again, it is the early years which are critical for parent involvement.

D. Implications for Early Childhood Education

In sum, the findings of research and experimental projects emphasize the vast potential there is to minimize a child's handicapping condition, and to help him realize his rightful place within family and community. Studies of the intervention process have provided extensive information about the structured approach to learning and development, the necessity of intervening at an early age, and the importance of directly involving parents in the process. Now is the time for persons in early childhood services to translate this knowledge into widespread programming.[1]

---

1. Gordon, (1975, p. 3), adds that "What we know should be applied now even while we continue to develop our knowledge."

DEVELOPMENTALLY DELAYED CHILDREN IN "REGULAR" EARLY CHILDHOOD SERVICES

Day care programs outside the child's home perform several essential roles vis-à-vis the infant developmental programs discussed in the previous section. First, programs for handicapped children in the toddler and preschool age groups can provide an extension of the developmental programming begun in infant services. As most children's speical needs continue, so do their requirements for specialized resources. On the other hand, infant developmental programs have only very recently been established across Canada; very few are actually in operation in most provinces. For most handicapped children, their entry into day care centres at age 2, 3 or 4 years is in fact their earliest exposure to structured developmental programming. Furthermore, the trained staff in day care programs offer an alternative or a complement to parents who are promoting the development of their handicapped child. These services offer parents temporary relief from the often tiring challenge of creatively managing their child's handicapping condition. Finally, for the many handicapped children who live in residences other than a family home, the day care centre offers them the opportunity to participate in the routines normal for children their age.

These are in themselves good reasons for handicapped children to participate in day care programs. There is of course an additional, equally important function which day care programs provide: the opportunity for the young child to socially interact with others of their age. Developmentally delayed toddlers and preschool children need the experiences for social growth that can be provided only through interaction with their non-delayed peers. Thus, attention naturally becomes focussed on the issue of "integration" -- an issue which has recently become a concern of early childhood personnel.

A. The Integration Issue

The integration of handicapped children into "regular" programs in education and recreation has been subject to many misconceptions. Therefore, a good understanding of the concept is a necessary prerequisite for effective action towards the goal.

The general concept of integration includes a range of situations, from instances where there is only physical proximity between groups of handicapped and non-handicapped children, to instances where there is close social interaction between handicapped and non-handicapped individuals.

"Physical integration" refers to situations where two separate programs -- one for children with special needs and one for "normal" children -- are placed in close proximity. The two programs may be located within the same building but may have completely separate administrations, equipment, personnel, environments (including washrooms and playground space), transportation, hours of operations, etc. Conceivably (and this has been the situation in some public schools across the country), the two programs may be in very close proximity, with no social interaction at all occurring between the two groups of children and staff.

A "semi-integrated situation" refers to two separate classes within a single service and facility, with a single or cooperative administration. In this situation, some space and equipment would be shared. The programs are flexible enough and the schedules similar enough to promote the social interaction between children at some point in the day (in transportation, outdoor play, intergroup visiting, community outings, etc.)

In a "fully integrated situation" or "integrated program", the interaction between handicapped and non-handicapped children is maximized. They are grouped together according to age-range, for at least several major activity sessions daily, (for example, gross motor activities), as well as together in all shared daily routines (such as snack time, lunch, rest period, and free play).

A "totally integrated program" provides each handicapped child with the full complex of supports to ensure his developmental progress and positive, creative interaction with others, as he spends as much time as possible among his non-handicapped peers.

Integration should be recognized as both a goal and process. In planning towards a long-term goal of including handicapped children fully in all aspects of their program, many services undergo a transitional process. A particular service may start out trying physical integration and working its way through the semi-integrated situation to a fully integrated program. However, there needs to be a commitment to full integration as the long-term goal throughout this process, or there is a serious danger that a service will become complacent about a less-than-optimal situation. In its transition, one large municipal Day Care Centre in Ontario began by involving thirteen handicapped children for the main part of the day in programs segregated from the other ninety-five non-handicapped children. "Free play activities outside and some circle activities were integrated and a few of the children spent short periods of the morning at specially selected integrated activities" (Mosten, 1974). After a while it was decided to "disband the segregated group" and plan total integration within an appropriate age grouping for all the handicapped children. Gradually each child was integrated for increasing

periods of time. Other day care programs begin the process by accepting one child who has a slight handicap, then accepting a more severely handicapped child, and so on.

Those programmers and researchers who have had experience with the integration process in early childhood services typically arrive at the same conclusions about the benefits involved. In integrated programs the child with special needs has a chance to be accepted by other children and adults, to gain confidence in his abilities and strengths, and to learn to deal with and accept his limitations. The other children have a chance to deal with and accept differences between people and to understand the problems of children with special needs. (U.S. Dept. of H.E.W., 1972; Glockner, 1974).

Yet parents of handicapped children, parents of non-handicapped children, and program administrators and staff are often reluctant to become involved in the integration process. They may question whether overwhelming, expensive alterations will have to be made to adapt the program, environment and personnel to the speical needs of handicapped children. They may be uncertain whether the exceptional child will receive the intensive skill training he possibley could receive in a more specialized setting. Finally, they may be concerned that the non-handicapped child's needs may be ignored.

These are legitimate concerns. If integration is to "work", serious thought needs to be given to the process. Careful decisions will have to be made concerning such factors as staffing requirements and alterations in the environment. The adjustment of all the children to the situation has to be carefully guarded.

B. Factors to Be Considered in the Integration Process

Whatever route toward integration a particular service chooses to follow, there are common concerns related to the integration process that all services need to seriously consider.

The following nine areas of concern have been identified:

1. Beginning the process
2. The role of staff
3. Ratios of handicapped to non-handicapped children
4. Requirements in equipment and environment
5. Parental involvement

6. Staffing patterns and development
7. Effective use of volunteers
8. The use of specialized resources
9. Educating the public.

The following section will identify the important issues related to each of these areas. Specific guidelines will be provided for service workers who are in the position of making decisions about the integration process.

1. Beginning the Integration Process

Some amount of preliminary planning is helpful to make a success of the integration project. An assessment of how many handicapped children need your service is a good first step. It may take a while for the parents of handicapped children and program personnel to realize that your Centre is available to them. If your service has not yet been approached by these parents, it will be necessary to do a little "research" to gather the information and a little "advertising" to reach your potential clientele.

This information-gathering process is reciprocal and ongoing; in determining who the handicapped children are who need your service, you in turn will be providing the community with information about your service. As they learn your service is available to them, more parents of handicapped children will then begin to approach you.

a. Information is required about:

The children

i) Who are the children and how many are there?
ii) What are their needs in terms of the type of handicapping condition they have, the degree and complexity of their condition?
iii) What services are they presently involved in?
iv) Who are the children at risk of developmental delay (i.e., without observable handicaps, but because of family, medical history, socioeconomic environment, etc., would benefit from developmental programming and/or opportunities for social interaction with their peers)?

The families

i) Who are the families and how many are there?
ii) What are their needs, in terms of information about their child's handicap, intervention for their child, management of his behaviour in the home, and social assistance for themselves?

iii) What services are they presently involved in?

Community services

i) What services and resources presently exist in the region?

Special program consultants (therapists, social workers, psychologists);

Manpower training institutions (high schools, community colleges, universities);

Volunteer organizations (recruitment agencies, churches, YM & YWCA's);

Social Services Agencies (counselling, homemaking, babysitting, Children's Aid);

Associations for Handicapped People (including the services they operate -- preschools, group homes, pilot parent programs).

ii) How do these services relate to the special needs of handicapped children and their families?

iii) Which services could be adapted to include handicapped children?

b. Ways of obtaining information/reaching clientele

i) Contact your local associations for handicapped persons. Let them know your service is available and describe your program. Ask them for their assessment of how many members would need your service. Follow up by a telephone call or letter. Advertise in their newsletter.

ii) Contact all services which serve young handicapped children -- specialized nursery schools, hospitals, public health units, etc. Continue liaison with these services on an on-going basis.

iii) Contact regional and local social planning councils for statistical data.

2. The Role of Staff

Many sources agree that the attitudes of staff towards the integration of handicapped children is a significant factor in the successful integration of handicapped children. According to one source, the most important ingredient for successful integration is the commitment to the belief "that special children are first of all children" (U.S. Dept. of H.E.W., p. 9) and therefore, not to be excluded from the program. The experience of one day care centre underlines the point that "staff should be enthusiastic and ready to tackle the daily problems that present themselves "(Mosten, p. 4). They need to be flexible, innovative and ready to try different approaches and new ideas.

The reactions and behaviour of the staff will provide a model for the acceptance of handicapped children by the other children (Glockner, p. 7). Personnel have discovered that there are certain common points which they must be aware of in their own treatment of handicapped children, if they are to present such a model.

Guidelines for Providing an Appropriate Role Model

1. The same rules that apply to the non-handicapped children in the group should also apply to the handicapped children. Guard against initial tendency to "make excuses" for the handicapped child (Mosten, p. 5, Eger, p. 23).
2. Interpret a child's handicapping condition to other children honestly and positively. If possible, get the other children to play out having an impairment such as blindness, themselves (Eger). In answer to questions about "Why is Marny different?" stress what she has in common with the child who asks the question: her progress may be much slower, but it is along the same lines as any child. Mention that while she has problems in some areas, she is very good at something else. Provide the non-handicapped child with suggestions about ways he can help her make better progress.
3. Avoid the tendency to overprotect the handicapped child from the "realities of the world." If he is not provided with different experiences, he is likely to remain dependent on his teachers and his parents (Glockner, p. 9).
4. Be alert for any children who are overprotective of or who seem cruel to a handicapped child. These children may need special attention themselves (Glockner, p. 10).

In sum, each individual staff member needs not only to be particularly sensitive to the quality of social interaction between children, but also probe his or her own attitudes about handicapping conditions.

3. Ratios of Handicapped Children to Be Included

A question often asked in regular day nursery services is, how many children with special needs should we include? There can be no formula to specify what the ideal ratio of handicapped to non-handicapped children should be. In one experimental and demonstration project, the ratio was established at 50% handicapped children, 50% non-handicpaped children, in order to emphasize the purpose of their integration program (Justice, 1974). From their experiences, the staff of another day care centre have found the ratio of a maximum of on handicapped child to eight non-handicapped children is most acceptable for them (Mosten, 1975).

Day care personnel need to understand the importance of maintaining ratios, and seriously consider the factors involved in determining what is an acceptable ratio for their own service. They need to carefully monitor the effects of including more or fewer handicapped children. The best way to judge which ratio is best in a particular Centre is to phase in one child or a few children with special needs, while continuing to observe their needs for supports and their adjustment. Working out optimal ratios can be seen as a process - as each handicapped child feels more at ease in the service and his special needs diminish, more handicapped children can then be included.

a. Reasons for maintaining ratios. One of the goals in integrating developmentally delayed children into regular services is to take advantage of the behavioural models which the normally developing children naturally provide. If the numbers of handicapped children exceed those of non-handicapped children, the latter group may begin to adopt some of the "unusual" behaviours and mannerisms of the former group, instead of the other way around. As well, if the number of handicapped children increases beyond a point, staff, parents and even the community begin to perceive the service as one primarily for handicapped children, rather than a regular service. An important opportunity to demonstrate that handicapped children are included in the mainstream of the community is at stake. Finally, if one service accepts too many of the handicapped children in a single community (for example, more than the typical incidence in the overall population), other day care centres may not find it necessary to also accept handicapped children.

b. The type and degree of each child's handicap. The more severe and complex a child's handicap is (i.e., if he is severely retarded, or severely physically disabled, or if he is both blind and retarded) the more supports that particular child will need from the Centre's staff and children. A child whose present abilities are very limited as compared to his age group (e.g., if he is not mobile, or not self-feeding, or not toilet-trained) will require greater adult attention and more specialized assistance.

   Conversely a Centre will more easily be able to accommodate children with slighter handicaps, as they will not require many changes in staffing patterns, environment and programming.

c. Availability of staff and volunteers. Specialized preschools for handicapped children have tried to maintain a larger adult-to-child ratio than is required by legislative standards in regular preschools and day care. Segregated services have often been leaders in effectively utilizing ongoing volunteers to provide that extra adult attention. A regular early childhood Centre may need additional adults as well, in order to support each handicapped child's initial adjustment and to assist in the individual programming -- particularly if several children are more severely handicapped.

   If a Centre cannot find the additional adult support to promote the full integration of children with extensive special needs, they should seriously question how many children they can accept.

4. Environment and Equipment

Many of the developmentally delayed children being integrated into regular Centres will require no different equipment or physical setting than the other children. On the other hand, some children will require specialized equipment or alterations in the environment to assist them in overcoming a particular disability. For example, any child in a wheelchair requires sufficient space to manoeuvre his wheelchair in the different areas of the Centre, including washrooms. Widened doorways, handrails in the washroom and ramps where there are stairs will allow him independent mobility to and within the Centre. Children whose spasticity affects their posture and hand movements may need special seats with straps and individual work boards. Spoons with thick handles, plates that stick to the table and large balloon balls or floor mats are some examples of specialized equipment that are used with physically disabled children. Toys which vary in texture, weight and sound are essential for visually impaired children and should be part of the Centre's general equipment repertoire.

Many of these physical changes are simple and inexpensive. Decisions about more involved alterations, particularly concerning very individualized equipment, should be based on as much information as possible. Reference to resource books and consultants will be invaluable.

Today, physically disabled persons are advocating for legislated standards which will require all new buildings to be architecturally barrier-free and therefore accessible to them. This movement has an important lesson for those who are designing day care and nursery school facilities. Even if it is not directly evident that handicapped children will be using the service, the building should be structured to accommodate them. Perhaps in the future, renovations to buildings will not be necessary.

5. Parent Involvement

In the past, parents have often been left out of the early education process. Early childhood services now conscientiously provide parents with full information about their child's program and utilize parents in their "resource team."

The involvement of parents of handicapped children is particularly important. They most often are the best people to ask about their child's history. In addition to living with the child they have referred to many specialists and can relay important information. At the same time, it is essential that program staff assist parents in accepting their child as a learning individual who needs more than average assistance in attaining developmental goals.

Professionals who have worked successfully with parents of handicapped children suggest the following ways of involving them in the regular day nursery program.

Guidelines for Parent Involvement

1. Share information with the parents about the child and his program. Encourage questions, and share experiences and expertise. If possible visit with parents in their own home.
2. Find out from parents about themselves, their interests and their needs. Parents of children with special needs sometimes have special needs themselves - for babysitters and relief care and so on.
3. Have parents help plan programs, and set developmental goals for their child. Have them participate in the Centre's program if possible. One day care centre found that parents realized how inappropriate their child's "problem" behaviour really was, when they had the opportunity to compare them with the other "normal" children of the same age (Mosten, 1975).
4. Help the parents promote their child's adaptive behaviour and develop satisfying relations with him in the home. Parents may be keen observers of their child's behaviour, but often have problems in interpreting their child's progress and problem areas. Provide parents with the teaching skills and information to be good teachers and build their child's progress in the different skill areas (Randall, 1973). Show confidence in their teaching abilities.
5. Provide opportunities for the parents to meet with the other parents and share their experiences.
6. Use reference material, such as:
   i) The Parent-Teacher Partnership
      by Ray H. Barsch
      Council for Exceptional Children
      Arlington, Virginia. 1969
   ii) "Parent Involvement: The Parent and the Professional"
      article by Kathryn Gorham
      in The Futures of Children. ed. Nicholaus Hobbs
      Jossey Bass, Inc. 1975

6. Staffing Requirements and Training

In the integrated early childhood service there is need for a team of persons with varying backgrounds and specialities: certified early childhood teachers, with backgrounds in normal childhood development and early childhood education for the

developmentally handicapped, persons from the cultural community of the children, parents of the children in the program, professional consultants, volunteers, administrators, support staff, and students training in early childhood education.

Ongoing interaction between adults and children is necessary to provide any child with security and warmth and to structure the child's learning experiences within the Centre. The individualized interaction that a one-to-one child-adult relationship provides is, however, particularly important for developmentally delayed children.

Any service cannot necessarily afford or even find the staff it needs; therefore, a service has to make the most efficient use of the people who are available within the program. People working with children, and particularly those working with handicapped children, face a good many challenges and frustrations. Emphasis must therefore be placed on providing staff support. Even in services with a pioneering outlook, staff can become complacent and satisfied with less than the highest quality of service delivery. An important way to keep staff enthusiastic and inspired is to constantly look for fresh ideas, and opportunities for professional development. The board and administrators need to be committed to providing training opportunities - and allocate sufficient funds for this area within the budget.

Guidelines for Staff Development

1. Use lectures and presentations given by "specialists" e.g., developmental psychologists, physiotherapists, persons who have experience with handicapped children, etc.) to provide those staff whose background is in regular child development with specialized information on developmental disabilities in children. Include parents and volunteers. (Make sure that these "experts" have up-to-date information and positive attitudes about the potential of handicapped children!)
2. Update staff whose background is in special services for developmentally delayed children on normal growth and development. Again, include parents and volunteers.
3. Make sure the regular early childhood workers become directly involved with the handicapped children and vice-versa.
4. Investigate new ideas on curriculum, programming, teaching techniques and service quality. Send staff to participate in training workshops to upgrade their skills in these areas. Contact the national associations for handicapped persons listed in Appendix A, and their provincial offices for their schedule of upcoming seminars and workshops.

5. Make use of available community resources by field tours to specialized services, discussions with representatives from voluntary associations for handicapped people, and so on.

7. Effective Use of Volunteers

The presence of volunteers in any early childhood service is generally regarded as a good way to increase the manpower. But the volunteer in services for handicapped children is essential in providing each child with the individualized, structured teaching situation and emotional security he needs. Therefore, strict attention must be given to the recruitment, orientation, ongoing training and coordination of volunteers.

As many different outreach methods as possible should be used to reach persons who can participate regularly on a voluntary basis in your program (e.g., flyers, church newsletters, notices to service clubs, announcements at community gatherings). Time should be spent orienting and training volunteers.

Guidelines for Orientation and Training

1. Include concrete information on the structure of the program and methods used in the Centre;
2. emphasize the challenges and educational potential in doing the job;
3. emphasize what the service is doing for the community;
4. provide a positive philosophy towards the handicapped child and avoid emotional appeals based on pity (e.g., "help the poor children");
5. emphasize the importance of confidentiality.

In finding his or her own place in the program it is helpful for a volunteer to have time initially to observe the program and then be paired with a more experienced volunteer who can answer questions. Then as volunteers gain confidence and learn what area of the program most interests them, they can work toward an independent placement. Volunteers should be given the same opportunities for on-going development and training as the rest of the staff.

When there are sufficient numbers of volunteers to warrant it, attention should be given to ways of efficient coordination. For example, a group of volunteers should have a coordinator who acts as liaison with the director/administrator and the Board. One person can be assigned as "Day Captain," with responsibility for the daily volunteers and the ability to solve daily problems relating to volunteers.

A Good Resource: The Volunteer in the Retarded Children's Nursery
Hazel Baker,
Canadian Association for the Mentally Retarded reprint, 1972.

8. The Use of Specialized Resources

A regular early childhood service which proposes to include handicapped children may very well need to seek the support and advice of different consultants. The consultant or specialized service can be used to provide only one specific service (e.g., a detailed assessment of one child), to train staff (e.g., in how to administer simple assessment scales), or to provide on-going advice (e.g., on corrective postural positions, on behaviour management decisions, on setting appropriate skill training objectives).

The following are some of the specialized services and consultants often referred to in services for handicapped children:

a. Physio/occupational therapist. The muscle control of many physically disabled children, particularly children with cerebral palsy, is either hypotonic (too lax) or hypertonic (too rigid). This problem can be seriously increased if the child is placed in an incorrect sitting or lying position. Therefore, the services of physiotherapist are essential for any child who has more than a slight physical disability. The therapist demonstrates corrective positions, prescribes remedial exercises and recommends appropriate equipment.

b. Speech therapist. This person works directly with hearing and language impaired children; recommends procedures and programs for staff and parents to follow.

c. Public health nurse. This person can help staff who have to administer medication, demonstrate how to handle epileptic seizures, teach the use of simplified Developmental Assessment Scales.

d. Communications specialist. Different people can teach staff how to use "total communication" - a combination of signing and talking with deaf and hearing impaired children, or the use of Blissymbolics communication board with children (often those who have cerebral palsy or who are "autistic") who are either unable to speak or who have not yet acquired language.

e. Child and family centres/clinics. These are often located in hospitals, or other government-administrated centres and offer complete assessment service in psychological, medical, psychiatric, and neurological areas.

f. Specialized programs. Your local Association for the Mentally Retarded, Society for Crippled Children, Canadian National Institute for the Blind, Society for the Hearing Impaired, etc., may run excellent programs. Their staff can help you devise an individual program for a child to improve communication skills, self-feeding skills, etc., and refer you to other specialists as well.

9. Public Education and Community Involvement

An early childhood service is a community resource -- therefore the community has a right to know what is happening in the service and to participate in it. Services for handicapped children have often been seen as separate from the community, often because they have been provided by the private voluntary sector. Therefore, it is particularly important that a healthy interaction is encouraged between community and service when the service includes handicapped children.

Programs for handicapped children have an underlying responsibility to educate an often uninformed public about the capabilities of handicapped children for developmental growth and independence. Program personnel must make every effort to interpret the children positively to the community, by demonstrating how highly they value them within their program. The view that handicapped children will be dependent on the community still remains; therefore, an important objective is to demonstrate the significant contributions that handicapped children can make as participants in community life.

Guidelines for Public Education/Community Involvement

1. Maintain the "open-door policy" regarding visitors and observers. Make visitors feel they are welcome to drop by and participate in your program.
2. Take the children as often as possible into the neighbourhood resources such as the parks, the recreation centres, the shopping centres and so on. Let them meet their neighbours outside the early childhood centre.
3. Prepare a more formalized public education campaign; many centres have a slide - tape show, and/or a brochure which describes their philosophy, goals and program, and have speakers who can speak to high school students, service clubs, etc. (Randall, 1973).

C. Programming for Developmentally Delayed Children within a Regular Early Childhood Service

At present, early childhood education tends to focus on providing children with enriched learning opportunities. This type of programming emphasizes individual play and group activities which enhance general physical, social and cognitive development. In many programs, however, relatively little structure is provided to meet unique, exceptional developmental needs.

As has been noted, many handicapped children need a structured approach whereby developmental goals are broken down into appropriate, small steps which they can learn with success. The exposure to different stimuli and activities, and the enriched

environment commonly provided in day nursery programs is essential but often not sufficient to maximize their developmental growth. Thus within the context of the regular day care or nursery program, handicapped children need INDIVIDUALIZED, STRUCTURED PRESCRIPTIVE DEVELOPMENTAL PROGRAMS, to complement the general routines and activities that all the children are involved in. Staff need to keep track of and record children's progress in the different developmental areas throughout the day. In addition, a child may require some degree of daily one-to-one skill training sessions.

1. How to Structure an Individual Program

Many current resources[1] present information on how to structure a developmental program for an individual child. These structured programs (referred to as "individual program plans", "prescriptive teaching programs", and so on) incorporate the principles and techniques of behaviour management practices with the theory of developmental learning. Together these components spell out to teachers and parents how to structure the learning situation to help ensure successful learning for an individual child.

In brief, a program plan consists of the following steps;

i) assessing a child's functioning level in each of the developmental areas: gross motor, fine motor, communication, cognitive, and socialization (refer to the Developmental Checklists)

ii) setting appropriate long-range and short-term skill development goals

iii) breaking down each skill into teachable steps

iv) finding appropriate activities to help teach the new skill (refer to Activity Guides)

v) writing out the objectives and teaching procedures (such as who will teach, where, when and for how long, and method used)

vi) keeping records of counts of the child's correct and incorrect learning responses

vii) evaluating the progress of the child by referring to the data

viii) continuing the program if progress is steady, trying alternative ways if progress is lacking or setting new goals when stated goal has been achieved.

The individual program plan can take place throughout the different components of the Centre's program.

---

1. Refer to the Resources Section for suggested references which are available from NIMR.
Programmers will find it time saving and effective to apply the curricula, activity guides and programs suggested in these resources, instead of recreating similar materials.

a. In the daily schedule. Organized activities (e.g., water play, music circle, table activities, snack, etc.) are sufficiently flexible to relate to the special developmental needs of a particular child. Different objectives for the child are written for each activity. An example here is that a short-term objective is to teach Larry to say one word in each verse during music circle, while the other children sing all the words.

b. In group activities. Each group activity must include different levels of difficulty, so that the handicapped child can participate with success in at least part of the activity. The group instructor must be aware of different levels of acceptability in each child's performance during the group activity. An example here, is that she praises Harold for painting strokes, while David gets praised for making a picture.

c. In individual skill training sessions. This type of instruction entails participation from only two people, the person teaching and the person learning. Although a good teacher/child ratio makes individual instruction time easier to arrange, a poorer ratio should not prevent the one-to-one teaching from taking place. The process can occur in a quiet corner of the room and for only a short 5-to-10 minute period each day. This skill training should take place daily, and be geared toward teaching a very specific, relevant developmental skill.

2. Applying Prescriptive Programs to All Children

After implementing individual program plans for each developmentally handicapped child, one day care centre has found the experience so rewarding that they have now structured individual developmental programs for every non-delayed child. Recently, this programming has been applied to every child in each day care centre in the entire region. This extension of the structured program makes sense, because so many "normal" children actually have developmental lags in a specific area which may be "hidden" by their typical development in other areas. In similar ways, many regular Centres have found that from the challenges of programming for developmentally delayed children, the overall quality of programming has increased.

D. Monitoring the Integration Process

The importance of maintaining a close watch on the integration process cannot be overemphasized. All steps taken to include developmentally delayed children in regular programming must be assessed periodically to ensure that the practices in any particular Centre are of benefit to both the non-handicapped and handicapped children. As well, other services and the community at large will be very interested

in how the process is making out. In many ways integration is still on trial -- and people are looking to pioneering services to provide an example of how the process can work.

The administration and the staff need to maintain a watchful eye on 1) the progress and adjustment of each individual handicapped child as well as all the non-handicapped children, 2) the enthusiasm of staff towards the integration program, 3) the degree to which the parents are comfortable with the process, and 4) the viewpoint of the community.

The following are suggestions for monitoring the quality of your service and the success of the integration process:

a. Objectives and timelines. Carefully define your objectives for phasing in each handicapped child, and delineate ways of observing and objectively assessing how each child is benefitting. Set a time-line for achieving or reassessing these objectives.

b. Measurement. Use as precise measurement as possible (daily checklists, progress charts, graphs, precision teaching[1]) to ascertain each child's progress in motor, communication, social and cognitive skill areas. (Refer to Resources Section for references on checklists, etc.)

c. Records. Keep precise daily, as well as periodic records, concerning each child's progress and problems, staff concerns and parent reactions.

d. Review sessions. Invite staff and parents to share enthusiasm and problems, review and analyse the data, make suggestions for change, outline future objectives or change past ones, and set new time lines.

e. Outside assessment. Invite a formal or informal review of the quality of your service from Associations concerned with handicapped children, parents and government representatives. Have them write down their impressions and discuss them.

f. Change. No form of monitoring is worthwhile unless a service is open to change. From maintaining a careful watch on the integration process, you will become aware that a change may be necessary in one or several areas: numbers of staff, numbers of children, parent involvement, physical setting, use of consultants, individual programs and so on.

---

1. A useful reference for precision teaching is Precision Teaching: A Course in Basic Procedures, by James R. Young. 1973. Available from the National Institute on Mental Retardation.

The idea of opening their service for inspection by persons other than staff is foreign to most service administrators in all areas of children's and adults' services. Nonetheless, the right of the "consumer" (i.e., the parents who are indirectly receiving services), to be aware of and judge the kind of service being delivered needs to be recognized. Furthermore, if the administrator and staff are seriously committed to providing high quality services, they must encourage critical assessment from parents and other members of the public.

A CHECKLIST FOR ASSESSING THE QUALITY OF INTEGRATED PRESCHOOL PROGRAMS

Ideology

- ☐ Are the attitudes and beliefs of administration, staff, parents, volunteers positive?
- ☐ are children with handicaps seen as developing persons?
- ☐ is integration a real commitment rather than rhetoric?

Model and Content

- ☐ Is the underlying program constructive?
- ☐ is it developmental rather than caretaking/babysitting/survival of the fittest?
- ☐ does the program meet the physical, emotional, social, cognitive needs of the children and is it effective?
- ☐ Is the ratio of handicapped children to non-handicapped children beneficial?
- ☐ is it appropriate for the individuals within the group considering their particular handicaps?
- ☐ Does the program include cooperation, communication and coordination?
- ☐ are there staff meetings using problem-solving methods?
- ☐ are there parent meetings?
- ☐ are there orientation meetings and in-service training for volunteers?
- ☐ are the staff involving volunteers and parents in program planning?

Staff Qualifications and Resources

- ☐ Have the teachers acquired special skills for working with handicapped children and their parents?
- ☐ do they understand normal child development?
- ☐ Do the staff understand and believe in "normalization?"
- ☐ are their attitudes effectively displayed in the ongoing daily activities?
- ☐ are there necessary support staff and community resources available such as consultants, speech, physio-and behaviour therapists?
- ☐ are they utilized?

- ☐ Are new staff aware of and oriented to the integrated program?
- ☐ Are volunteers involved in the program in ways that are meaningful?

Processes

- ☐ Are the children's developmental needs continually evaluated?
- ☐ Are assessments and evaluations used to determine each child's developmental needs?
- ☐ Do the children have individualized programs based on these assessments which meet their needs?
- ☐ Is the program relevant to the child's appropriate age group and handicap?
- ☐ What is the quality of interaction between handicapped and non-handicapped children? Are the handicapped children actively involved in group processes?
- ☐ Are the parents aware of and encouraged to maintain continuity between the home and the preschool program?

by Doreen Gordon
Coordinator
York County Day Care Services

TOWARDS A NETWORK OF SERVICES

For three years, a Commission on Emotional and Learning Disorders in Children (CELDIC), jointly sponsored by the major national organizations for handicapped persons, investigated the state of children's services across the country. Their study, entitled One Million Children, was published in 1970. The report brought attention to the major problems in the delivery of services for children with special needs. Services were found to be inadequate and fragmented. Different service organizations did not communicate; there were hard and fast divisions between different areas of professional responsibility. Conceivably, in any one community there could be a series of programs for mentally retarded children, administered by a specialized voluntary agency, a different series of programs for physically disabled children, administered by a different agency, and no programs at all for emotionally disturbed children, and so on. The need for a cohesive, coordinated inter-agency approach to the organization of services is still critical today.

Despite the many advances made in children's services since the CELDIC report, the necessity of building a network of service options in all communities remains. Each individual family has a unique complex of needs, depending on their financial circumstances, their interpersonal relationships, the nature of their child's handicapping condition, the region in which they live and so on. For example, a family in a rural area who cannot transport their child the many miles each day to the town day care program, needs a developmental program brought to them. A family where the mother does not work has different needs than a one-parent family. Each child should be able to attend a program appropriate for him, when he is ready -- rather than spending 6 months to a year on a waiting list. Different services need to be available for different age groups and in different seasons, to provide each child with a continuous learning experience. In short, no single service can provide for such a diversity of needs; rather a wide range of service options is necessary.

Day care, nursery and preschool services are important components in this network of services. They represent three complementary options to families of handicapped children for child development services. The following are examples of other kinds of services which would be necessary to comprise a total network of resources.

a. Preventive services.[1] Currently, there is an increasing amount of attention being directed to the prevention of handicapping conditions through maternity and pre-pregnancy good health habits. Family education to high school students,

---

1. Refer to Fotheringham and Morris (1976) for a comprehensive treatment of the diverse aspects of the subject of "prevention".

nutritional guidance to pregnant women, genetic counselling to parents who are at risk of having a handicapped child, and immunization programs all qualify as essential preventive services.

b. Early identification and assessment services. Many hospitals in Canada screen every newborn child for signs of potential developmental abnormalities. Again, several hospitals and regional centres for handicapped people provide a specialized assessment service which includes a detailed functional assessment, medical and neurological examinations, psychological tests, etc.

c. Infant development programs. Early intervention programs are steadily increasing across the country. These provide individualized programs of games and exercises to improve the developmentally delayed infant's skill development and social relationships. These programs can take place in the neonatal ward of the hospital, in the child's own home, in government programs, in day nursery programs run by Associations for the Mentally Retarded, in day care centres or in the family day care home. Usually these programs are for children under two years of age, and involve the parents in the teaching program.

d. In-home/home-management programs. These are similar to the infant stimulation programs, but necessarily take place within the child's own home. A trained worker visits the home and trains the parent to do the primary skill training and developmental education. This model has been particularly successful for handicapped preschool children in rural areas, for severely and multiply handicapped children of all ages, and for developmentally delayed infants in both urban and rural communities.

e. Licensed family day care. This mode of day care service, where persons in selected and supervised private homes provide care to small numbers of infants and children during the day, is prevalent in Canada. With some additional training and supervision, these persons could provide developmentally handicapped children with individualized developmental programs under the auspices of integrated day care centres or In-home Infant Stimulation/Development Services.

f. Mobile resource units/toy lending libraries. In outlying areas a trained person in a travelling van carries toys, programming ideas and supervisory instruction to parents and early childhood teachers working with handicapped children. A centralized service such as a Resource Centre or Community College, provides a lending service for developmental toys for the surrounding area.

g. Parents' groups. Many Associations for the Mentally Retarded have successfully initiated parent-to-parent support programs. "Experienced" parents of a retarded child are matched with "new" parents, to offer emotional support and to provide

factual information about the handicapping condition and available services. Other day nursery and infant services offer regular opportunities for parents to get together as a group.

h. Respite care. The importance of services which provide parents and other family members with temporary relief from the continuing responsibility of meeting their handicapped child's needs has only begun to be recognized. This service is particularly crucial at a time of crisis, but is important to allow families leisure time as well. The options for providing children with temporary alternate family care, for short periods of time, include a "host" family who has met the "guest" child, a temporary-stay house, beds allocated for this purpose in existing group homes, and temporary care in a local hospital (NIMR, 1975).

i. Visiting homemakers. Traditionally, this service has been provided primarily for elderly or sick persons. It is now acknowledged that a family with a handicapped child could need this kind of support, particularly during a crisis, in times of parent's illness, or if the child's handicap is severe.

j. Babysitting. Sometimes the person providing this very typical service will require additional information or skills when accepting responsibility for a child with exceptional needs.

k. Adoption and foster care. Many handicapped children whose biological parents are unable to care for them require temporary placement in foster homes or permanent placement in adoptive homes. Foster and adoptive families should be given the same extent of support and information required by all families.

l. Residential services. A number of handicapped children grow up in small specialized nursing homes or group homes. While this type of service may well be necessary at this stage in time, for children who have medical complications or who are awaiting foster care, many such services in existence could provide more intensive developmental programming and a more homelike atmosphere. A number of residences are making an effort, despite such odds as lack of resources, to upgrade their developmental programming, provide a more homelike environment and involve their children in day care programs in the community.

In sum, children with exceptional needs and their families may require greater than average resources to allow them the same opportunities for development as others. Because of the diversity of their needs, a wide range of options must be made available and systematically organized into a continuum of services that

will promote the growth of the child in the family unit. Wherever family care cannot be provided, equally humanizing alternatives need to be developed. A full complement of resources available to infants and young children and their families is the foundation of a network of early childhood services.

SUMMARY AND CONCLUSIONS: SERVICE DIRECTIONS AND PROFESSIONAL ROLES

This publication has examined several important directions in services for developmentally delayed children. The necessity of interpreting special needs in children in a positive manner has been stressed. Systematic, structured developmental programming, beginning in infancy and extending throughout day care programs, has been suggested as an exciting possibility for maximizing children's developmental growth and independence. "Integration" -- providing handicapped children with the resources and support they need alongside their "normal" peers -- has been discussed as a step a growing number of day care centres are exploring. With an understanding of the underlying philosophy, commitment to the goal, and careful attention to the process, regular day care programs are proving that integration can be of full benefit to handicapped children and their non-handicapped peers. Finally, the range of service options necessary for a network of resources to meet the diverse special needs of children and their families has been described.

The question then arises, how does a day care administrator or educator put this information into an Action-oriented perspective? Four relevant areas of leadership in services for handicapped children can be identified.

1. Coordination

The previous discussion of the problems in services for children has highlighted the need for effective inter-agency coordination. Studies have found that such coordination would be most efficient if a single person/agency had designated responsibility for procuring the necessary range of resources that any particular child and family need (for example, Spain and Wigley, 1975). Until this level of service organization is reached however, each individual agency has to take responsibility for ensuring coordination with other existing (or planned) services.

The first step is to create an inter-agency, community council or committee, which involves representatives from the different organizations for handicapped children, regular early childhood services, parents, community members, and local and provincial governments. All committee members should be involved in the planning of new community services, such as infant development programs or new municipal day care centres. Secondly, each day care program should have continuous liaison with all other services involved or even potentially concerned with any handicapped child in their own program. This responsibility includes finding a more appropriate service for any child which the agency in question cannot effectively assist. It includes following up the child who has "graduated" from the early childhood program into the public school system.

2. Program Demonstration

The importance of a few pioneering "model" programs should not be underestimated in promoting integration in day care services across the country. Programs in Vancouver, Calgary, Newmarket and Montreal, among others, have demonstrated to skeptical educators and parents, that integration is a workable scheme. Each new integrated program has a role to play in demonstrating how integration can effectively take place in a variety of situations. To influence others, agencies must make their programs known to other professionals and the public, via newspaper and journal articles, organization newsletters, public talks and so on. Integrated programs have a responsibility to keep written records concerning program developments and to collect standardized data to keep track of the children's progress. Finally, each service needs to be committed to influencing other services in their own region, to promote their acceptance of handicapped children and to develop high quality programming for all.

3. Extending the Scope of Service

While some types of services (group homes, or respite care) are beyond the scope of responsibility of day care programs, there are other types of services which they can appropriately provide. One such service is parent support/parent training. Another appropriate service is the extension of developmental programming into the home and licensed family day care. A third is the extension of services to infants -- either within their own home or within the Centre. In sum, as regular day care programs gain experience with handicapped children, they are in a position to act as trainers in developmental programming -- in homes, public schools, recreation programs, family day care and so on.

4. Advocacy

Any service should not, in itself, attempt to provide the full range of resources required by a child; rather, each service involved with handicapped children has a responsibility to advocate on behalf of the children to see that some one or some agency does provide these resources. Therefore, an essential role for an integrated service is stimulating other agencies, such as public schools and community recreation programs, to fulfill their responsibilities to handicapped children. As well, the knowledgeable agency must promote the development of new services, and better quality programs, that will improve the whole network of available resources. Early identification and referral programs in hospitals and clinics, foster and adoptive placements, respite care and small residences which replicate ordinary homes are some of the essential services that need to be more creatively provided in most communities.

In conclusion, those services which become involved with children with special needs share a special commitment -- to advocate for each child's right to attain full participation in community life.

RESOURCES SECTION*

REFERENCES

Baker, Hazel. The Volunteer in the Retarded Children's Nursery. (Toronto: Ontario Association for the Mentally Retarded, 1972). - an illustrated guide for volunteers, 45 pp.

Commission on Emotional and Learning Disorders in Children. One Million Children -- the CELDIC Report. Toronto: Leonard Crainford, 1970.

Eger, Gladys. "An Integrated Co-op for Families," Déficience Mentale/Mental Retardation, XXXIV (July, 1974), 21-23.

Fotheringham, John B. and Mary Morrison. Prevention of Mental Retardation. (Toronto: National Institute on Mental Retardation, 1976). - discussion of causes of developmental disabilities and steps to be taken to prevent occurrence. 96 pp.

Friedlander, B.Z., Graham M. Sterritt, and Girvin E. Kirk (eds.). Exceptional Infant, Volume 3; Assessment and Intervention. New York: Brunner/Mazel, 1975, within which the following articles have been referred to:

Bronfenbrenner, Urie. "Is early intervention effective?"

Cairns, George F., and Earl C. Butterfield. "Assessing infants' auditory functioning"

Fowler, William. "A developmental learning approach to infant care in a group setting"

Fraiberg, Selma. "Intervention in infancy: a program for blind infants"

Friedlander, Bernard Z. "The developmentally disabled child"

Friedlander, Bernard Z. "Screening: a state of the art survey"

Hayden, Alice H., and Valentine Dmitriev. "The multidisciplinary preschool program for Down's Syndrome children at the University of Washington Model Preschool Center"

Lambie, Dolores Z., James T. Bond, and David P. Weikart. "Framework for infant education"

Nielsen, Gary et al. "An intervention program for atypical infants"

Ryan, Thomas J. "Poverty and early education in Canada"

Rynders, John E., and J. Margaret Horrobin. "Project EDGE: the University of Minnesota's communication stimulation program for Down's Syndrome infants"

Tronick, Edward, and T. Berry Brazelton. "Clinical uses of the Brazelton neonatal behavioural assessment"

Zadig, Jean M. and Allen C. Crocker. "A center for study of the young child with developmental delay."

* All written resources are available through Inter-Library Loan from the National Institute on Mental Retardation National Reference Service.

Glockner, Mary. "Integrating handicapped children into regular classrooms," Handicapped Children in Head Start Series. Reston, Virginia: Council for Exceptional Children, 1974.

Gordon, Ira J. The Infant Experience. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill Publishing Company, 1975.

Hobbs, Nicholaus. The Futures of Children. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1975.

Justice, Wanda P. "Serendipity -integrated summer preschool program," Déficience Mentale/Mental Retardation, XXXIV (July, 1974), 4-9.

Krieg, Fred Jay, Ann Bardwell, and Ladelle Olion. "Knowing the child with special needs," Handicapped Children in Head Start Series. Reston, Virginia: Council for Exceptional Children, 1974.

Mosten, Sue. The Integration of Handicapped Children with Non-handicapped Children in a Municipal Day Care Centre. Unpublished report from Newmarket (Ontario) Day Care Centre, 1975.

Orientation Manual on Mental Retardation. (Toronto: National Institute on Mental Retardation, revised 1977). - a comprehensive introduction to services for retarded persons.

Pitt, David. Your Down's Syndrome Child. (National Association for Retarded Citizens, 1974). - a non-technical introductory booklet; 32 pp.; single copies free; extra 25¢ (C 38)

Randall, Rita M. Synopsis of the E.C.S. Program Proposed by the C.D.C.C. Unpublished report from the Providence Child Development Centre, Calgary, 1973.

Residential Services: Community Housing Options for Handicapped Persons. (National Institute on Mental Retardation, 1975). - principles of planning, staffing, architecture, budgeting, etc.; loose-leaf binder; 142 pp.

Sauer, Dana Brynelsen. "Good news from the Vancouver-Richmond Association for the Mentally Retarded," Déficience Mentale/Mental Retardation, XXV (July, 1975), 26-29.

Spain, Bernie and Guy Wigley (eds.). Right from the Start. London: National Society for Mentally Handicapped Children, 1975.

United States Department of Health, Education and Welfare (HEW). Day Care: Serving Children with Special Needs. Washington: Government Printing Office, 1972.

Wolfensberger, Wolf. The Principle of Normalization in Human Services. (Toronto: National Institute on Mental Retardation, 1972). - a text discussing interrelated principles and programs to integrate handicapped persons into society; 258 pp.; $8.50 (R13)

SUGGESTED READINGS FOR PARENTS AND TEACHERS

Freeman, Peggy. Understanding the deaf/blind child. London: William Heinemann Medical Books Ltd., 1975.

a small paperback for parents and teachers, guiding them in the training of infants and young children.

Grim, Janet (ed.). Training Parents to Teach: Four Models. Chapel Hill, North Carolina: Frank Porter Graham Child Development Center, N.D.

Johnson, Margaret A. Initiation à la vie des déficients d'âge préscolaire; guide pratique pour les parents. Montréal: L'Association du Québec pour les Déficients Mentaux, 1973.

Jordon, June B., and Rebecca F. Dailey (eds.). Not All Little Wagons Are Red: The Exceptional Child's Early Years. Arlington, Virginia: Council for Exceptional Children, 1973.

Illingworth, R.S. The development of the infant and young child, normal and abnormal. 5th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1972.

a professional treatment of child development.

Robinson, Halbert B., and Nancy M. Robinson. The mentally retarded child; a psychological approach. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1976.

a professional book which provides a good introduction to the field, including classification and theories of psychological development.

Theilman, Virginia B. John Tracy Clinic correspondence course for parents of preschool deaf-blind children. Los Angeles: John Tracy Clinic, 1973.

Speech and Language

Developmental Language and Speech Center. Teach your child to talk; a parent handbook. New York: Standard Publishing, 1973.

Harris, Grace M. Language for the preschool deaf child. 3rd ed. New York: Grune & Stratton, 1971.

High/Scope Educational Research Foundation. The language training curriculum. Ypsilanti, Michigan: High/Scope, 1970.

Molloy, Julia S. Your developmentally retarded child can communicate. New York: John Day, 1975.

Activity Guides and Developmental Checklists

Alpern, G. and T. Boll: Developmental profile manual. Psychological Development Publications, Indianapolis, 1972.

Baker, Bruce L., Alan J. Brightman, Louis J. Heifetz and Diane M. Murphy, Steps to Independence, A Skill Training Series for Children With Special Needs, Research Press, Champaign, Illinois, 1976.

Bayley, N., Bayley scales of infant development. New York: The Psychological Corporation, 1969.

Brazelton, T. Berry, Neonatal behavioural assessment scale. The Lavenham Press, Ltd., Lavenham, Suffolk, England, 1973.

Doll, E., Vineland social maturity scale. Circle Pines, Minnesota: American Educational Guidance Services, 1953.

Dunn, L.M., Peabody picture vocabulary test. Minneapolis, Minnesota: American Guidance Services, 1965.

Folio, R., and R.F. Dubose, Peabody developmental motor scales. Nashville, Tennessee: George Peabody College for Teachers, 1974.

Gordon, I.J., Baby learning through baby play. New York: St. Martin's Press, 1970.

Gordon, I.J., Child learning through child play: Learning activities for two and three-year-olds. New York: St. Martin's Press, 1972.

Gunzberg, H.C., Progress assessment chart of social development. London: National Association for Mental Health, 1965.

Hart, Verna, Beginning with the handicapped. Springfield: C.C. Thomas, 1974.

Johnson, Vicki M., and R.A. Werner, A step-by-step learning guide for retarded infants and children. Syracuse, New York: University of Syracuse, 1975.

Joseph, R., D. Juster, H. Klebanoff, E.H. Schaffner, and D.G. Tucker, Home stimulation for the young developmentally disabled child. Boston, Massachusetts: Media Resource Centre, Massachusetts Department of Mental Health, Division of Mental Retardation.

Linde, T.R., and T. Kopp, Training retarded babies and preschoolers. Springfield, Illinois: C.C. Thomas, 1973.

Monterey County Office of Education, Special Education Department. Pupil Development Progress Scale, Level I, Salinas, California, 1970.

Nisonger Center for Mental Retardation and Developmental Disabilities, Infant Stimulation Curriculum (second revised edition). Columbus, Ohio State University, 1976. Order from: The Nisonger Center, 1580 Cannon Drive, Columbus, Ohio, 43210. Approximate cost: $10.00

Ontario Association for the Mentally Retarded, Sub-Committee on Developmental Care, Resource Materials. O.A.M.R., Toronto, Ontario, 1973.

Painter, Genevieve, Teach your baby. New York: Simon and Schuster, 1971.

Quick, A.K., T.L. Little, and A.A. Campbell, Memphis Model of Individual Program Planning and Evaluation, Project Memphis, Memphis State University, Fearon Publishers, California, 1973.

Schattner, Regina, An early childhood curriculum for multiply handicapped children. New York: John Day Company, 1971.

Somerton, E.N., and K.D. Turner, Pennsylvania Training Model Individual Assessment Guide, Pennsylvania Department of Education, Bureau of Special and Compensatory Education, Division of Special Education, 1976.

Stock, Claudette, Motor, perceptual, conceptual learning tasks for the pre-academic child. Pruett Publishing Company, Boulder, Colorado, 1969.

JOURNALS

Déficience Mentale/Mental Retardation. Canadian Association for the Mentally Retarded, 4700 Keele St., Downsview, Ont. M3J 1P3.

Exceptional Children. Council for Exceptional Children. 1920 Association Drive, Reston, Va., 22091.

The Exceptional Parent. Practical Guidance for Parents of Children with Disabilities. 264 Beacon St., Boston, Mass., 02116.

Mental Retardation. American Association on Mental Deficiency. 5201 Connecticut Ave., N.W., Washington, D.C., 20015.

Newsletter. The Ontario Society for Autistic Children. 2719A Yonge St., Toronto, Ontario.

The Pointer. For Special Class Teachers and Parents of the Handicapped. P.O. Box 131, Syracuse, N.Y., 13210.

Review. American Association for the Education of the Severely/Profoundly Handicapped. P.O. Box 15287, Seattle, Wash., 98115.

BIBLIOGRAPHIES

Blakeslee et al. Children with Handicaps in Manitoba; Some Alternative Models of Programming - Bibliography. Department of Health and Social Development, Government of Manitoba, 1975.

Day Care: Guide to Reading. Department of National Health and Welfare, Government of Canada, 1975. free. Available from the National Day Care Information Centre, Ottawa, K1A 1B5.

Selected Bibliography - Early Childhood Services. National Institute on Mental Retardation, National Reference Service. Periodically updated; free.

Harbin, Gloria et al. Early Childhood Curriculum Materials; an annotated bibliography. Chapel Hill, N.C.; Technical Assistance Development System, University of North Carolina, 1975.

Massachusetts Department of Mental Health, Division of Mental Retardation, Media Resource Center. Resource Materials for Serving Those With Special Needs. Box 158, Belmont, Mass. 02178.

> Selected film list includes audiovisual material about children and children's services; book list is extensive and annotated, organized in sections including those on Parent Information; Mental Retardation - Children; Cerebral Palsy; Epilepsy; Child Development; Physical Handicaps; Speech and Language; Training in Self-Help Skills; etc. Also there is an extensive section on books for young people.

SELECTED PUBLICATIONS AVAILABLE FROM THE NATIONAL INSTITUTE ON MENTAL RETARDATION (NIMR)*

Baker, Hazel. The Volunteer in the Retarded Children's Nursery. (Toronto: Ontario Association for the Mentally Retarded, 1972). - an illustrated guide for volunteers; 45 pp.

Pitt, David. Your Down's Syndrome Child. (National Association for Retarded Citizens, 1974). - a non-technical introductory booklet; 32 pp.

Shearer, D., et al. Portage Guide to Early Education. (Cooperative Educational Service Agency No. 12, Portage, Wisconsin, 1976). - Revised Edition; developmental curriculum for children from birth to six years; includes 15 checklists, card file and manual of instructions.

Fotheringham, John B. and Mary Morrison. Prevention of Mental Retardation. (Toronto: National Institute on Mental Retardation, 1976). - discussion of causes of developmental disabilities and steps to be taken to prevent occurrence; 96 pp.

Orientation Manual on Mental Retardation. (Toronto: National Institute on Mental Retardation, revised, 1977). - a comprehensive introduction to services for retarded persons.

Residential Services: Community Housing Options for Handicapped Persons. (National Institute on Mental Retardation, revised, 1978). - principles of planning, staffing, architecture, budgeting, etc.; loose-leaf binder.

Perske, Robert. New Directions for Parents of Persons Who Are Retarded. (Cooperative Publication Association, Abingdon Press, 1973). - sensitive approach to help parents ensure maximum growth for their child; 64 pp.

Vulpé, Shirley German. Vulpé Assessment Battery: Developmental Assessment, Performance Analysis, Individualized Programming - for the Atypical Child. (Toronto, National Institute on Mental Retardation, 1977).

Wolfensberger, Wolf. The Principle of Normalization in Human Services. (Toronto: National Institute on Mental Retardation, 1972). - a text discussing interrelated principles and programs to integrate handicapped persons into society; 258 pp.

---

* A publication listing is published annually. Direct inquiries and send prepaid orders to:

Publications Department
NIMR
Kinsmen Building
York University Campus
4700 Keele Street
Downsview, Toronto, Ontario. M3J 1P3
Tel.: (416) 661-9611

AUDIO-VISUAL RESOURCES*

GENERAL OVERVIEW

V - 87: NURSING THE MENTALLY RETARDED INFANT *

30 min. 16 mm. Colour. Sound. 1977.

Film looks at the newborn child and the first few critical weeks and months of life. Mental retardation is defined, the causes which typically occur in the pre- and post-natal period are discussed, emphasis is given to the nurse's role in diagnosis and remediation, and good pre-natal care to prevent the needless occurrence of mental retardation is stressed.

V - 88: NURSING THE MENTALLY RETARDED CHILD *

30 min. 16 mm. Colour. Sound. 1977.

This film considers the childhood years. Mental retardation is defined, the causes common to the childhood period are explained, and some preventive measures are discussed. Skill development and training at home, school, camp and in hospital are seen to be critical during these years. Nurses are advised about the effects of their negative responses to a child who has been labelled 'mentally retarded'. They are encouraged to use parents as resource people in the development of nursing care plans, and to investigate local community support services for retarded persons for follow-up after hospitalization.

Note: although directed primarily to nurses, both the above films provide basic information about early childhood which will be useful to many professionals.

Film
V - 79 READIN' AND WRITIN' AIN'T EVERYTHING *

25 min. 16 mm. Colour. Sound. 1975.

Introduces retarded children and adults with varying degrees of handicap; through interviews with them and their families the film demonstrates the need for community services, will help create a normalized living situation for retarded members of society.

---

* Available from the

National Institute on Mental Retardation
Film Library
NIMR - Kinsmen Bldg.
York University Campus
4700 Keele Street
Downsview (Toronto) Ontario
M3J 1P3

PREVENTION

Film
V - 62 MASS SCREENING FOR NEWBORN INFANTS *

10 min. 16 mm. Colour. Sound. 1974.

Briefly outlines the various tests which can be performed on newborn infants, to determine the presence or absence of inborn metabolic disorders. Recommended for professional audiences.

Film
V - 43 THE CASE AGAINST RUBELLA *

10 min. 16 mm. Colour. Sound. 1970.

Produced by Smith, Kline and French to promote immunization against German measles.

CHILD DEVELOPMENT SERVICES

Film
V - 83 FIRST STEPS*

24 min. 16 mm. Colour. Sound. 1976.

The importance of early stimulation and child development is stressed. The film shows that with early identification and training, followed by early childhood programs, young children who are developmentally delayed can learn sufficient skills to participate in normal nursery school activities. Produced by the National Film Board in cooperation with the Montreal Association for the Mentally Retarded.

Film
V - 75 A TIME TO LEARN*

24 min. 16 mm. Colour. Sound. 1974.

A demonstration early education centre at the John F. Kennedy Center, George Peabody College, Nashville, Tennessee. The program emphasizes language development, parent participation and the integration of young developmentally delayed children with "normal" toddlers of the same age (12 to 36 months). Particularly interesting to parents and Early Childhood specialists.

Film
V - 80 KAREN*

10 min. 16 mm. Black and White. Sound.

The case history of a premature, totally blind child from 12 to 22 months. The gradual and complete recovery from the effects of one year of sensory and maternal deprivation is illustrated. The emphasis is on parent-centred intervention to promote the child's emotional intellectual growth.

Videotape
GD5 KINDERGARTEN *

A look at the effects on a kindergarten class when it accepts a child with Down's Syndrome. Explores the effects on a handicapped child, the other children, the teachers and parents. Features discussion on integration of handicapped children into regular classrooms. Participants are the teachers, the principal and the child's mother. 0:20:00 B & W EIAJ type one 1/2 inch. Produced by NIMR/Communications Resources Division.

Videotape
GD8 A SCHOOL FOR EVERYONE*

A videotape documentary on Rockford Road Public School in the Borough of North York, Ontario. Features interviews of the principal, Ted Gould and the special education resources teacher Maureen Balcombe, and video of actual classroom situations. Portrays the history, philosophies, operations, liabilities and assets of running a fully integrated community school. Designed for the new public school teachers, principals, school boards and parents, this tape holds many practical suggestions dealing with the integration of handicapped children (both mentally and physically handicapped) into public school settings. This tape is part of a package containing audiotape interviews, magazine articles and bibliographies. 0:43:00 B & W EIAJ type one 1/2 inch video.

Film
V - 44 ANOTHER KIND OF SCHOOL*

28 min. 16 mm. Colour. Sound. 1965.

A portrayal of a junior training centre in England in which the program is organized around the four areas of self-help, communication, occupation and socialization. Very good for anyone interested in the education of the retarded students.

TEACHING/PROGRAMMING PROCEDURES

Videotape
GD9 TOWARD INDEPENDENT FEEDING*

An instructional videotape on independent feeding training for the young child with Down's Syndrome. Accompanied by detailed reference manual which gives many specific step-by-step procedures through text and photographs. One of a series of excellent materials produced by the New England Developmental Disabilities Communications Centre. Especially valuable to parents. 0:20:00 B & W EIAJ type one 1/2 inch video. Produced by New England Developmental Disabilities Communications Center.

Videotape
GD10 EARLY STIMULATION*

Using the Piagetian concepts, very young children are taught "constructive interaction adaption" which raises their level of functioning. Dr. Bill Bricker, formerly of the George Peabody College for teachers, Nashville, Tennessee, is Program Director. From the Malimar Center, University of Florida at Miami. (10 min.)

Film
V - 66 READING IS FOR US, TOO*

30 min. 16 mm. Colour. Sound. 1969.

How mentally retarded children can be taught to read by the innovative procedures developed by Dr. D.H. Stott. The film also details how reading readiness can be achieved through a pre-reading "Flying Start" program.

Film
V - 67 CONCRETE STEPS*

27 min. 16 mm. Colour. Sound. 1971.

Shows the importance of language stimulus in the education of mentally handicapped children, and how parents can help their children. Three aspects are shown: the control and exercise of muscles used in breathing and feeding, environmental stimulus, and the growth of language. Useful for teachers of the mentally handicapped as well as parents.

Film
V - 76 TRY ANOTHER WAY *

27 min. 16 mm. Colour. Sound. 1975.

The first in a series of films on the teaching technology developed by Marc Gold. It demonstrates the "Try Another Way" approach of teaching complex assembly tasks to mentally retarded people at all levels of retardation. Recommended for lay and professional audiences.

Film
V - 82 TRY ANOTHER WAY TRAINING SERIES*

16 mm. Colour. Sound. 1976.

18 min. No. 1 Task Analysis
13 min. No. 2 Content and Process
15 min. No. 3 Formats for Single Pieces of Learning

These films are a training program for people interested in learning to teach by the Marc Gold method.

MR. SYMBOL MAN

49 min. 16 mm. Colour. Sound. 1975.

A cooperative project of the National Film Board and Film Australia. Fascinating film on the life and work of Charles Bliss who has invented a language of symbols. Story covers the use of Blissymbols by the Ontario Crippled Children's Centre as an alternate means of communicating for children with cerebral palsy. Implications for non-verbal children and adults. Distributed by the National Film Board: regional locations.

FROM CRADLE TO CLASSROOM

(Parts I & II) 25 minutes each. Colour.

"From Cradle to Classroom", filmed for CBS and narrated by Walter Cronkite, emphasizes the need for stimulation of the developmental processes during infancy and early childhood. The film shows special teaching devices and instructional techniques which can increase physical skills as well as verbal and conceptual abilities.

Direct inquiries to:

Film Division
McGraw-Hill Company of Canada Ltd.
330 Progress Avenue
Scarborough, Ontario.

THREE WORLDS OF CHILDHOOD

29 min. Colour; available in 16 mm. film or 5 videotape formats.

A fascinating film inquiry, directed by Dr. Urie Bronferbrenner, into the ways children are raised in the United States, China and Soviet Russia.

Direct inquiries to:

ETV Cente
MVR Hal[illegible]nell University
Ithica, N[illegible] York 14853

DEVELOPMENTAL EVALUATION IN INFANCY

60 min. - SD - black/white. 1966

The first part of this film shows developmental mechanisms involved in adaptive and fine motor behaviour and traces the evolution of behaviour from four weeks to fifteen months. The second part shows developmental mechanisms involved in gross motor behaviour from four weeks to fifteen months.

NORMAL AND ABNORMAL NEUROLOGIC FUNCTIONS IN INFANCY

28 min. - SD - black/white. 1964

This film illustrates the need to consider an infant's level of function in evaluating the significance of abnormal neuromotor patterns. It also shows the importance of differentiating motor from intellectual handicaps.

For both films inquire from:

Ohio State university
Department of Photography
Child Study Film Library
Room 107-A Haskett Hall
156 West 19th Avenue
Columbus, Ohio 43210

STIMULATION ACTIVITIES FOR INFANTS AND TODDLERS

16 mm. Colour. 20 minutes.

This film depicts a day care program for minimally developmentally delayed toddlers in a small group setting. Portrays individual programming, planning and child-adult interaction.

Available from:

The Nisonger Center
University of Ohio
1580 Cannon Drive
Columbus, Ohio 43210

APPENDIX A

National Organizations for Handicapped Persons

For information on local member associations, resource materials and relevant seminars, please contact the following:

Canadian Mental Health Association
2160 Yonge Street
Toronto, Ontario
M4S 2A9

Canadian National Institute
for the Blind
1929 Bayview Avenue
Toronto, Ontario
M4G 3E8

Muscular Dystrophy Association
of Canada
55 Huntingdale Boulevard
Agincourt, Ontario
M1W 2N9

Canadian Cystic Fibrosis
Foundation
51 Eglinton Avenue East
Toronto, Ontario
M4P 1G7

Canadian Red Cross Society
95 Wellesley Street East
Toronto, Ontario
M4Y 1H6

Canadian Hearing Society
60 Bedford Road
Toronto, Ontario
M5R 2K2

The Canadian Arthritis &
Rheumatism Society
Suite 420
920 Yonge Street
Toronto, Ontario
M4W 3J7

Canadian Rehabilitation
Council for the Disabled
Suite 2110
1 Yonge Street
Toronto, Ontario
M5E 1E8

Canadian Association for the
Mentally Retarded
Kinsmen NIMR Building
4700 Keele Street
Downsview, Ontario
M3J 1P3

Canadian Coordinating Council
on Deafness
55 Parkdale Avenue
Ottawa, Ontario
K1Y 4G1

National Institute on Mental Retardation
Kinsmen NIMR Building
4700 Keele Street
Downsview, Ontario
M3J 1P3

Council for Exceptional Children
6450 Thorold Stone Road
Niagara Falls, Ontario
L2J 1B3

Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada

enfants ayant des besoins spéciaux dans les garderies

UN GUIDE D'INTÉGRATION

PS 0103555

L'Année internationale de l'enfant 1979

ENFANTS AYANT DES BESOINS SPÉCIAUX DANS LES GARDERIES
UN GUIDE D'INTÉGRATION

Un guide pour l'intégration, dans les programmes de garde de jour, des enfants dont le développement est retardé

Publication autorisée par
l'honorable Monique Bégin
Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

L'Institut national pour la déficience mentale, filiale de L'Association canadienne pour les déficients mentaux, a dirigé la recherche et la préparation du présent document.

1978

Le dessin de la page couverture par
Martha Perske

Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs et ne sont pas nécessairement partagées par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

60

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
INTRODUCTION	1
LES ENFANTS AYANT DES BESOINS SPÉCIAUX	5
a) Formes d'incapacité liées à des troubles du développement	5
b) Problèmes liés à la catégorisation des handicaps	7
c) Avantages liés à la connaissance des besoins spéciaux	9
d) Une solution: l'approche positive des troubles de développement	9
LES PROGRAMMES DE DÉVELOPPEMENT POUR LES ENFANTS EN BAS ÂGE	11
a) L'intervention tôt après la naissance	11
b) Une approche pédagogique systématique du développement	12
c) L'importance de la participation des parents	13
d) Ce que cela signifie pour l'éducation de la première enfance	14
LES SERVICES RÉGULIERS POUR LES ENFANTS EN BAS ÂGE ET LES ENFANTS RETARDÉS DANS LEUR DÉVELOPPEMENT	15
a) La question de l'intégration	15
b) Les facteurs à prendre en ligne de compte dans le processus d'intégration	17
c) Les programmes pour les enfants retardés dans leur développement dans le cadre des services préscolaires réguliers	29
d) La surveillance du processus d'intégration	31
VERS UN RÉSEAU DE SERVICES	35
RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS, FORMES D'ASSISTANCE ET RÔLES PROFESSIONNELS	39

	PAGES
SECTION DE LA DOCUMENTATION	43
Ouvrages de références	43
Ouvrages recommandés aux parents et aux professeurs	45
Revues	48
Bibliographies	49
Publications de l'INDM	50
Matériel audio-visuel	51
APPENDICE A	57

INTRODUCTION

Un nombre grandissant de spécialistes intéressés aux tout jeunes enfants se préoccupent depuis quelques temps des services qu'il convient de fournir aux enfants ayant des besoins spéciaux. Des garderies[1] existent depuis plusieurs années pour certains enfants handicapés. Ces services distincts ont été créés au Canada au cours des années cinquante par des parents d'enfants handicapés qui se voyaient refuser l'accès aux écoles publiques et aux garderies privées, municipales ou établies sur une base coopérative.

A l'heure actuelle, des changements d'envergure sont apportés aux programmes spécialisés. Avec les innovations dans le domaine des programmes visant à favoriser le développement, on ne fait que commencer à explorer les moyens de faciliter l'apprentissage des jeunes handicapés. Maintenant qu'on a pu constater à plusieurs reprises le succès de l'intégration et qu'on s'est engagé dans cette voie, un plus grand nombre de travailleurs envisagent d'inclure à leur programme régulier les soins aux enfants ayant des besoins spéciaux comme une part naturelle de leur responsabilité à l'égard de la communauté. Fait également important, cette même idée s'impose à un plus grand nombre de parents d'enfants handicapés et d'associations destinées à leur venir en aide. Ces parents et ces groupes s'intéressent à la création de services pour les enfants en bas âge et exigent que les centres réguliers de garde de jour[2] acceptent leurs enfants.

Il importe de plus en plus que tous ceux qui s'occupent des tout jeunes enfants examinent attentivement les informations données au sujet des programmes de développement et des questions d'intégration afin de prendre des décisions qui soient à l'avantage des enfants, des parents et des travailleurs concernés.

Les fondements théoriques

A la base de ces innovations se trouve une conviction: l'enfant qui a des besoins spéciaux a le droit de croître et de prendre place au sein de la société. C'est dire que la société a le devoir d'offrir aux enfants handicapés toutes les chances de se développer aux côtés de l'enfant normal et en rapport avec lui. L'enfant étant dans ses attitudes plus souple que l'adulte, le moment logique pour l'amorce de ce processus est la toute première enfance par le biais des programmes de développement.

---

1. Par "garde de jour" on entend tous les services à temps partiel et à temps complet destinés aux enfants d'âge préscolaire, y compris les programmes pour les enfants en bas âge.
2. Les services sont dits "réguliers" s'ils s'adressent à tous les enfants et ne sont pas destinés spécialement aux jeunes handicapés.

Ces programmes visent la valorisation de l'enfant beaucoup plus que l'agrément des parents et du personnel, l'utilité administrative, le gain financier. Si l'on veut vraiment aider les enfants qui sont retardés dans leur développement, cette mise en valeur de l'enfant doit constituer un engagement encore plus conscient car il y aura sûrement des moments où la prestation d'un programme qui bénéficie vraiment aux enfants handicapés incommodera le personnel, compliquera les tâches administratives et taxera les finances.

Le principe de "normalisation"[1] a été formulé de manière à servir de base idéologique pour tous les services aux handicapés (Wolfensberger, 1972). Il porte essentiellement que les conditions normales d'existence doivent être offertes aux handicapés (National Institute on Mental Retardation, 1974).

Pour rattacher ces principes aux services et à la vie familiale, les lignes directrices suivantes s'appliquent:

i) fournir le plus tôt possible aux enfants qui sont en retard dans leur développement de multiples occasions de croissance sociale et affective, de maîtrise de leurs capacités;

ii) compenser les dissimilitudes d'apparence ou les handicaps physiques par une tenue appropriée, par des traitements chirurgicaux ou dentaires, par la physiothérapie, le port de prothèses, etc.;

iii) présenter les enfants handicapés de manière à les revaloriser aux yeux des autres et à montrer ce qu'ils ont en commun avec tous les enfants; et

iv) amener les autres enfants et les adultes à mieux accepter ce qui est différent d'eux.

Il ne suffit pas que le personnel comprenne et accepte ces principes; toutes les décisions prises au sujet des jeunes handicapés doivent refléter et affirmer la philosophie qui les inspire.

Le principe de normalisation implique qu'il n'est pas nécessaire que les enfants ayant des besoins spéciaux soient, de ce fait, privés des conditions normales d'existence ou des services réguliers. Leurs services doivent être spécialisés en ce sens qu'une

---

1. Wolfensberger a précisé la définition, partant du principe de normalisation comme il suit: Utilisation de moyens se rapprochant le plus possible de la norme culturelle servant à établir ou à maintenir des conduites et caractéristiques personnelles qui soient autant que possible conformes aux normes culturelles. Cette définition fait ressortir, et le but, et le moyen de l'atteindre.

aide supplémentaire doit leur être accordée pour qu'ils puissent profiter de toutes les ressources et occasions d'apprentissage leur permettant de réaliser pleinement leurs possibilités tout en demeurant avec les enfants de leur âge.

LES ENFANTS AYANT DES BESOINS SPÉCIAUX

Chercher à classer les enfants qui ont des besoins spéciaux pose un dilemme: d'une part, pour fournir aux enfants les ressources dont ils ont besoin, il peut être indispensable d'être parfaitement informé de leurs difficultés; d'autre part, l'insistance excessive sur le caractère différent de l'enfant peut présenter de graves dangers surtout si l'on considère ces différences comme des problèmes appartenant à l'enfant. Dans le présent chapitre, nous aborderons cette question complexe sous trois angles: en premier lieu des renseignements seront fournis sur les différentes formes d'insuffisance développementale; en deuxième lieu on fera voir les contradictions liées au fait de ranger l'enfant dans une de ces catégories; enfin, on formulera une définition pratique et apte à favoriser une approche positive de l'enfant dont les besoins dépassent la moyenne.

A. Formes d'incapacité liées à des troubles du développement

Nous nous intéressons aux enfants chez qui le handicap ou l'incapacité nuit au fonctionnement "normal" et à l'acquisition des techniques selon les schèmes développementaux typiques. On parle communément d' "insuffisance développementale", de "retard de développement" et d' "handicap", pour désigner un trouble du développement. Parmi les retards de développement il faut inclure certains handicaps particuliers tels que l'arriération mentale, l'infirmité physique, l'affaiblissement de l'ouïe ou de la vue, les troubles émotifs et les troubles du langage. Ce sont là des handicaps différents; un enfant peut avoir des problèmes de développement qui prennent une seule ou plusieurs de ces formes d'incapacité. L'insuffisance de développement peut résulter d'une anomalie génétique, de problèmes liés à la grossesse (médicaments, blessure, malnutrition, empoisonnement), à des complications durant l'accouchement, à des blessures ou autres lésions infligées au foetus, à des carences dans le milieu social, affectif et physique de l'enfant. Les affections incapacitantes peuvent aller de légères à graves dans le cas d'un enfant en particulier.

Voici un bref énoncé de faits sur chacune de ces affections. Pour mieux connaître les causes et caractéristiques, le taux de fréquence et autres détails sur ces handicaps, le lecteur doit s'en remettre à d'autres sources de documentation.

1. Les handicaps physiques

Il existe un grand nombre de difformités corporelles et d'atteintes neurologiques qui nuisent à l'enfant. Les difformités nuisent au fonctionnement normal des os, des articulations ou des muscles. Parmi les atteintes neurologiques, il faut mentionner

l'encéphalopathie, l'épilepsie, la spina-bifida, la dysfonction cérébrale, certains troubles d'apprentissage; ces affections résultent de lésions ou d'un arrêt de développement du système nerveux central. Elles peuvent affecter le développement moteur, verbal, sensoriel et intellectuel de l'enfant. L'enfant handicapé peut souffrir de spasmodicité (contraction involontaire des muscles) d'athétose (mouvements involontaires et non-coordonnés) ou d'ataxie (troubles de l'équilibre).

2. L'arriération mentale

Selon la définition de l'American Association of Mental Deficiency, l'arriération mentale serait une diminution marquée du fonctionnement intellectuel général accompagnée d'insuffisances dans le comportement d'adaptation et se manifestant au cours de la période de développement. En somme le jeune arriéré mental a des difficultés plus grandes que la moyenne à apprendre et il peut au plan social montrer plus d'immaturité que les autres enfants de son âge. Nombre d'enseignants ont constaté que les enfants qui ont des retards intellectuels ont de la difficulté à suivre les instructions, à généraliser d'une situation à l'autre, à apprendre de nouvelles matières ou de nouveaux concepts et à prendre part à des jeux demandant de la créativité et de l'initiative (Krieg et autres, 1974).

3. Les troubles de la vision

On tient pour aveugles les enfants qui n'ont pas de capacité visuelle mesurable ou dont la vision est restreinte au point d'être non fonctionnelle après que toutes les mesures correctives aient été prises. Ces enfants apprennent surtout grâce au tact et à l'ouïe. Les enfants qui souffrent de cécité partielle peuvent quand même recourir à la vue pour apprendre (Hobbs, 1974). Les problèmes visuels, s'ils sont graves, peuvent ralentir le développement physique et l'acquisition du langage et des techniques cognitives.

4. Les troubles de l'ouie

Les enfants sont dits sourds si la perte d'audition à la naissance ou durant la période qui précède l'acquisition du langage est grave au point de nuire à la compréhension du langage et à l'expression verbale. Les enfants chez qui une perte d'audition grave apparaît après la période normale d'acquisition du langage sont capables de maîtriser les techniques de communication. On dit que les enfants souffrent de surdité partielle (les mal-entendants) s'ils peuvent parvenir à entendre avec ou sans l'aide de prothèses auditives et s'ils ne sont pas entièrement bloqués dans leur développement oral-verbal (Hobbs, 1974).

5. Les troubles du langage

On dit des enfants qu'ils ont des troubles du langage si dans leur élocution ou leur langage ils s'écartent de la norme; chez certains enfants ces troubles peuvent être très prononcés (Hobbs, 1974).

6. Les troubles de l'affectivité

Les troubles affectifs comprennent un grand nombre de troubles émotifs et comportementaux dont les troubles de l'adaptation de l'enfance, les troubles du comportement et de la fonction psychosociale, les troubles mentaux, la névrose, la schizophrénie infantile et l'autisme. Habituellement le comportement de l'enfant est observé, classé et rattaché aux processus physiques et psychiques sous-jacents (Hobbs, 1974).

7. Les risques de retard de développement

Chez beaucoup de bébés et de jeunes enfants les handicaps susmentionnés ne sont pas encore apparents. A certains signes on peut néanmoins entrevoir la possibilité que des handicaps se manifestent ultérieurement et soient de nature à nuire à leur développement. Ainsi, chez les bébés atteints du syndrome de Down, appelé communément mongolisme[1], l'arriération mentale n'apparaît pas nécessairement au cours de la première année, mais ces enfants peuvent prendre de plus en plus de retard si on ne leur fournit pas les moyens de croissance dont ils ont besoin. Beaucoup d'autres enfants ont des besoins spéciaux même si l'on ne peut rattacher leurs difficultés aux handicaps que nous venons de mentionner.

B. Problèmes liés à la catégorisation des handicaps

Lorsque, pour distinguer les enfants des autres, on les range dans des catégories, un problème d'envergure surgit, que la catégorisation indique un besoin spécial (trouble du développement) ou une affection incapacitante déterminée (trouble de la vision). L'emploi de ces catégories peut avoir de graves inconvénients ou au contraire de nets avantages pour l'avenir des enfants; tout dépend de la manière dont ces catégories sont interprétées et de l'usage qui en est fait par les parents, les spécialistes et la collectivité.

---

1. Le mongolisme ou syndrome de Down est l'une des causes les plus répandues d'arriération mentale. Un enfant sur 700 est mongolien. Cette affection tient à la présence dans les cellules d'un chromosome surnuméraire. Voir Pitt pour plus d'information (opuscule non daté).

L'un des plus graves désavantages qu'il y a à associer un enfant à l'un des handicaps susmentionnés tient au fait que leurs définitions font ressortir les déficiences et les anomalies. On assimile alors ces déficiences à l'enfant que l'on considère comme un enfant-problème. Du fait de ses besoins spéciaux, une relation s'établit entre l'enfant handicapé et sa famille, son milieu et les ressources communautaires. D'une part, il est possible d'aider un enfant affligé d'un handicap particulier, la cécité par exemple, à surmonter ses difficultés de sorte qu'elles ne nuisent pas à son développement. D'autre part, il peut arriver qu'un enfant demeure en état d'incapacité parce que la société s'est montrée incapable de lui fournir les moyens lui permettant de surmonter son handicap. Ainsi, les enfants qu'on qualifie de "désavantagés" et qui ont un léger retard intellectuel sont les produits d'un milieu qui leur est défavorable au plan culturel et économique.

Un autre problème tient au fait que l'emploi de catégories peut miner les forces actuelles de l'enfant et ses chances éventuelles de développement. Plusieurs des tests servant à démontrer une situation permanente (par exemple, les tests d'efficience et les quotients intellectuels (Q.I.) qui "servirent" à prédire les degrés permanents d'arriération mentale) peuvent nous faire sous-estimer les capacités futures d'apprentissage de l'enfant. Nombre d'études ont effectivement démontré que si l'on fournit aux bébés et aux enfants des conditions d'apprentissage adéquates, on peut grandement atténuer et même annuler les effets de leurs affections incapacitantes[1]. Reste que nombre d'enfants sur lesquels on a dès leur jeune âge porté un diagnostic "d'arriération mentale" ou décelé quelque autre handicap peuvent se voir accoler une étiquette qui ne décrit plus correctement leurs capacités.

Enfin, l'emploi de ces catégories diagnostiques et spécialement de ce genre de tests, qui mesurent rigoureusement l'enfant en regard de la moyenne, tend à minimiser ce qu'a d'unique, de particulier, l'ensemble des possibilités et exigences intellectuelles, sociales, affectives et physiques de chaque enfant. Lorsqu'on distingue les enfants "spéciaux" des enfants "normaux", on oublie que ces derniers, tout comme les autres, progressent et se développent à des rythmes très différents et inégaux. Tous les enfants peuvent, à une étape ou à une autre de leur développement, rencontrer des difficultés. Beaucoup empruntent des voies légèrement différentes pour atteindre un palier développemental commun, par exemple dans l'apprentissage de la marche. Le rythme de maturation

1. Pour un aperçu de ces études, voir Friedlander et autres 1975.

physique d'un enfant, ses réactions physiologiques, la façon dont il réagit à ce qui l'entoure et bien d'autres phénomènes reflètent le caractère unique de cet enfant et ne signifient pas qu'il faille le classer parmi les normaux ou les anormaux[1].

C. Avantages liés à la connaissance des besoins spéciaux

Étant donné que certains bébés et enfants, pour avoir les mêmes chances de développement que les autres, ont besoin de ressources exceptionnelles, il importe de savoir repérer leurs besoins spéciaux pour ensuite leur offrir ces ressources. En se fondant sur les différentes catégories diagnostiques, les parents et spécialistes se trouvent à posséder des informations plus précises sur le genre de ressources dont l'enfant a besoin, par exemple, le temps qu'il faut lui consacrer, les techniques pédagogiques qui lui conviennent, ses besoins en chirurgie corrective et en équipement spécialisé, la façon d'aménager le milieu et ainsi de suite. De plus, ces catégories peuvent fournir aux organisateurs des renseignements de nature à les aider à prendre des décisions au sujet des programmes de recherche, de l'élaboration des services et des changements à apporter aux lois.

D. Une solution: l'approche positive des troubles de développement

Ce qui précède nous a révélé une contradiction: s'il peut être nuisible à l'enfant de le différencier des autres, il peut en certains cas être nécessaire de reconnaître pleinement ses différences. Il est peut-être possible d'échapper à cette contradiction en mettant l'accent sur une interprétation positive des troubles ou insuffisances de développement. Ce qu'il nous faut c'est une définition qui fasse ressortir ce que tous les enfants ont en commun, qui révèle ce qui constitue un problème de développement, qui fasse connaître la responsabilité qu'a la société de fournir les moyens de remédier à ces problèmes, et qui favorise une attitude positive à l'égard des possibilités d'un enfant. Lorsqu'on parle d'enfants qui ont des troubles du développement ou des handicaps ou des retards dans leur développement, on désigne un sujet en état d'apprentissage qui a besoin d'une aide supérieure à la moyenne pour atteindre les buts développementaux usuels.

Pour se renseigner au sujet des forces et des faiblesses particulières à chaque enfant dans chacun des domaines de développement, il convient de recourir à des échelles d'évaluation fonctionnelle[2] plutôt qu'à des catégories diagnostiques. Il y a lieu de

---

1. La question des différences individuelles est bien exposée dans l'ouvrage de Gordon (1975, pp. 24-25).

2. Pour les références voir le Chapitre sur la documentation.

se servir de ces échelles pour structurer un programme de formation approprié tout en sachant bien que les résultats ne permettront pas de prédire avec certitude ce que l'enfant pourra accomplir plus tard.

Si l'on cherche de la sorte à connaître les insuffisances développementales de l'enfant, c'est que ces renseignements peuvent être traduits en des directives propres à favoriser leur développement. Il faut donc voir dans un enfant dont la vision est imparfaite quelqu'un qui a besoin d'être abordé à l'aide de stimuli tactiles et sonores; chez un mal-entendant, on considérera que les facteurs de stimulation doivent être avant tout visuels et tactiles et qu'il aura peut-être besoin d'une prothèse auditive; on considérera le jeune arriéré mental comme un enfant qui doit pouvoir apprendre plus lentement au moyen de méthodes structurées, à caractère répétitif. On abordera de même les autres types de handicaps.

Les bébés et enfants qui ont des besoins spéciaux ont comme tous les enfants besoin de recevoir des soins physiques, de former des liens affectifs solides et de profiter d'un apprentissage intellectuel et social. Au lieu d'être différents, leurs besoins sont plus étendus- ils ont besoin de plus d'encouragement, de soutien et d'éloge; il leur faut plus de temps pour apprendre et pratiquer, pour parvenir au niveau d'autonomie et de réalisation qui est celui des enfants de leur âge. En dernier lieu, les différences particulières à l'enfant doivent être perçues par lui-même et par les autres, non comme des insuffisances, mais comme une part naturelle et acceptable de lui-même.(1)

---

1. L'emploi du masculin inclut le féminin.

LES PROGRAMMES DE DÉVELOPPEMENT POUR LES ENFANTS EN BAS ÂGE

Depuis quelques temps, parmi les éducateurs de la première enfance, on s'intéresse de plus en plus à l'idée des programmes de développement à l'intention des très jeunes enfants. C'est aux États-Unis au cours des années soixante, que cette idée a été pour la première fois explorée avec les programmes "Head Start". A cette époque, on cherchait surtout des moyens de compenser le manque de stimulation dont souffraient les enfants venant de milieux défavorisés (Gordon, 1975; p. 113; Zadig et Crocker, 1975, p. 6). Ces programmes étaient destinés aux enfants d'âge préscolaire. Cependant, en 1970, les chercheurs avaient commencé à concevoir des programmes pour les bébés et les très jeunes enfants présentant des troubles du développement ou menacés dans leur croissance. Les termes intervention "précoce" et stimulation des nourrissons désignent ces programmes dans les ouvrages parus sur la question.

Cette approche du développement des enfants handicapés est d'une portée extraordinaire. Pour la première fois, on offre aux familles des moyens efficaces d'aborder de façon créatrice l'affection incapacitante de leur enfant. Le jeune handicapé se voit offrir les moyens de réaliser ses possibilités de vie communautaire d'une manière qu'on n'aurait jamais cru possible auparavant.

L'application de ces programmes au Canada et aux États-Unis a permis de constater la nécessité de trois conditions importantes[1]:

i) commencer les programmes le plus tôt possible durant la première enfance;
ii) utiliser une véritable méthode pédagogique pour favoriser le développement;
iii) faire participer directement les parents à l'élaboration des programmes de développement.

Il convient de considérer davantage chacun de ces éléments.

A. L'intervention tôt après la naissance

L'intervention à but correctif peut se faire durant n'importe quelle étape du développement du jeune enfant. Néanmoins, si elle s'opère au cours des toutes premières années de sa vie, l'intervention a des chances exceptionnelles d'améliorer l'état de l'enfant handicapé. Grâce aux techniques de recherche récemment mises au point et plus sensibles, nous savons maintenant que les nouveau-nés commencent immédiatement à entrer activement en rapport avec leur entourage. Leurs réactions sont déjà complexes; par exemple, ils peuvent discriminer des stimuli auditifs subtils dans les 48 heures

1. Voir Friedlander, B.Z. et autres, (ed.) Exceptional Infant, Volume 3; (New York, 1975); il s'agit d'un recueil d'études sur le processus d'intervention.

qui suivent la naissance (Cairns et Butterfield, 1975, p. 8; voir aussi Tronick et Brazelton, 1975). Le handicap d'un enfant peut donc commencer à nuire au processus normal d'apprentissage tôt après la naissance. Aussi il devient important de savoir déceler parmi les nouveau-nés ceux qui sont handicapés, désavantagés ou qui risquent de l'être afin d'entreprendre immédiatement des programmes de développement. Ces programmes ont débuté au Canada dans les pouponnières des hôpitaux pour bébés dont l'âge équivaut à 37 semaines après la conception.(1)

B. Une approche pédagogique systématique du développement

Dans le processus développemental normal, l'enfant en grandissant acquiert un meilleur contrôle de ses mouvements et plus d'influence sur le monde qui l'entoure. La voie d'approche du développement de l'enfant telle qu'elle apparaît dans les services pour la première enfance se fonde sur l'idée que l'enfant se développe au fur et à mesure qu'il apprend de son entourage; qu'un milieu plus riche et des relations interpersonnelles de haute qualité favorisent la croissance naturelle. A remarquer, toutefois, que ce genre d'enrichissement peut ne pas suffire à un enfant dont le handicap est de nature à nuire à l'apprentissage. Dans le cas d'un enfant qui a des retards de développement, il faut souvent modifier la méthode éducative habituelle de manière à y inclure un programme structuré, systématique, conçu pour surmonter les obstacles au développement que pose le handicap.

Dans l'organisation d'un programme de ce genre, la structure sert à décomposer les buts développementaux en unités de formation véritablement utiles à l'enfant. Les objectifs à court et à long terme sont systématiquement réalisés alors que l'enfant participe à des activités de difficulté progressive (voir Bronfenbrenner, 1975), qu'il maîtrise des techniques qui, d'abord simples, deviennent plus complexes en procédant étape par étape. (Voir Bronfenbrenner, 1975.) Ainsi un enfant dont les quelques gestes exploratoires ou impulsifs nuisent à la préhension, à la saisie des objets est soigneusement stimulé à mesure qu'on le dirige vers de nouveaux objets, vers de nouvelles activités. Dans certains cas, l'enfant aura besoin qu'on lui présente de façon plus organisée les divers stimuli de son entourage parmi lesquels il s'embrouille.

---

1. Entre autres à l'Hôpital des enfants de Toronto; ce programme est décrit dans un document inédit de Sarah Blacha: "Proposal for an Early Intervention Program for the High Risk Neonate".

L'exemple d'un nourrisson aveugle[1] illustre la nécessité d'un programme de développement structuré et son mode d'organisation. La plupart des bébés sont grandement dépendants de leur capacité visuelle. La vue d'un objet intéressant incite l'enfant à essayer de saisir l'objet. En revanche, le jeune aveugle doit être guidé et entraîné à se servir de ses mains pour explorer son entourage immédiat. Il convient de lui présenter, avant qu'il ne cherche à les atteindre lui-même, les objets qui sont sources de différentes sensations tactiles. Le jeune aveugle doit être amené systématiquement à l'acte de préhension avant qu'il puisse être incité à ramper puis à marcher à quatre pattes.

C. L'importance de la participation des parents

Contrairement aux modèles classiques des services d'éducation et de soins médicaux (Neilsen et autres, 1975, p. 225), les services présentement destinés aux enfants en bas âge reconnaissent pleinement l'importance du rôle que jouent les parents dans le développement de l'enfant. C'est vers ses parents que l'enfant se tourne pour chercher un guide et de l'appréciation. Ce sont les parents qui sont en mesure d'offrir continuellement à leur enfant des occasions d'apprendre.

En dépit de cet acte de reconnaissance, nombreux encore sont les parents qui se plaignent que les spécialistes ne s'entretiennent pas avec eux de l'état d'incapacité de leur enfant, ne leur donnent pas de conseils pratiques sur la façon d'oeuvrer auprès de lui au foyer (Spain et Wigley, 1975, p. 7). En outre, convaincus qu'ils étaient auparavant que leur rôle était secondaire, inférieur à celui de l'éducateur et du médecin, nombre de parents doivent être persuadés de l'importance de leur rôle (Zadig et Crocker, 1975). Par conséquent, tant les travailleurs professionnels que les parents éclairés doivent s'efforcer de renseigner parfaitement les parents au sujet des besoins développementaux individuels de leur enfant et de la façon dont ils peuvent favoriser sa croissance.

Les programmes d'intervention pour le bas âge visent avant tout à faciliter la croissance et le développement de l'enfant handicapé; le bien-être de toute la famille n'en reste pas moins un objectif d'importance (Neilsen et autres, pp. 240-244). L'interaction affectueuse entre parents et enfants (marques d'affection, mesures disciplinaires, sourires, paroles, etc.) est une source de stimulation et de sécurité dont l'enfant a besoin (Rynders et Horrobin, 1975, p. 174). Pourtant dans les familles comprenant un enfant handicapé ces rapports sont souvent troublés. Les parents et l'enfant ne

---

1. Pour un excellent exposé des programmes de stimulation avec des bébés aveugles, voir Selma Fraiberg, "Intervention in infancy: A program for blind infants " Exceptional Infant, Volume 3, B.Z. Friedlander et autres (ed.) (New York, 1975) pp 40-62.

savent trop comment interpréter ou exprimer les signes d'attachement mutuel. Une étude a montré que les parents d'enfants aveugles ne se rendaient pas compte que leur bébé réagissait envers eux de manière entièrement différente de leur mode de réaction à l'égard des étrangers (Fraiberg, 1975).

Nombre de programmes récents destinés aux enfants en bas âge en plus d'encourager les rapports entre parents et enfants, font en fait ressortir le rôle des parents comme premiers formateurs. Les Américains ont donné à cette relation structurée le nom de "maternal tutoring", sorte d'interaction à but éducatif entre la mère et l'enfant (Rynders et Horrobin, p. 174). La mère apprend les techniques lui permettant d'entreprendre un programme de développement spécifique auprès de son enfant(1).

Que l'enfant soit placé dans un centre ou qu'il demeure au foyer, la participation des parents est un élément prédominant dans la marche du programme. Non seulement les parents doivent-ils être aidés à reconnaître les liens affectifs et la croissance de leur enfant handicapé, encore faut-il qu'ils soient formés à jouer un rôle instrumental de première importance dans l'épanouissement progressif de leur enfant. Il convient de répéter qu'à cet égard ce sont les toutes premières années qui comptent le plus.

D. Ce que cela signifie pour l'éducation de la première enfance

Les conclusions qui se dégagent des recherches et des programmes expérimentaux font ressortir les vastes possibilités qui s'offrent à nous de réduire au minimum l'état incapacitant de l'enfant et de l'aider à occuper la place qui lui revient au sein de la famille et de la collectivité. Les études portant sur le processus d'intervention nous ont fourni d'abondants renseignements sur l'apprentissage et le développement par la méthode structurée, sur la nécessité d'intervenir dès le bas âge et sur l'importance d'une participation directe des parents au processus d'intervention. Le temps est maintenant venu pour ceux qui s'occupent de services destinés à la première enfance de traduire ces connaissances en un programme d'envergure(2).

---

1. Comme l'a noté Gordon (1975, p. 114) nul doute qu'on commet une erreur en mettant l'accent uniquement sur la mère. Dans le processus parental, l'importance du père est bien reconnue; il importe de trouver le moyen de l'amener à contribuer véritablement aux programmes d'intervention structurés.

2. Gordon (1975, p. 3) ajoute que "nous devons appliquer immédiatement ce que nous savons tout en continuant à développer nos connaissances".

LES SERVICES RÉGULIERS POUR LES ENFANTS EN BAS ÂGE ET LES ENFANTS RETARDÉS DANS LEUR DÉVELOPPEMENT

Les garderies jouent plusieurs rôles essentiels en rapport avec les programmes de développement pour les enfants en bas âge dont il a été question au chapitre précédent. D'abord les programmes pour enfants handicapés d'âge préscolaire et plus jeunes encore peuvent représenter une extension des programmes de développement instaurés dans les services pour nourrissons. Les enfants continuent d'avoir des besoins spéciaux et d'exiger des ressources spécialisées. D'autre part, les programmes de développement pour bébés sont d'origine récente au Canada; dans la majorité des provinces très peu de programmes de ce genre sont en cours. Pour la plupart des enfants handicapés, leur entrée dans une garderie à l'âge de 2, 3 ou 4 ans va constituer leur première expérience d'un programme de développement structuré. De plus, le personnel spécialisé des garderies remplace ou complète les parents soucieux de favoriser la croissance de leurs enfants. Ces services de garde de jour permettent aux parents de se reposer momentanément de la charge souvent exigeante qui est la leur face à l'état d'incapacité de leur enfant. Enfin, pour les nombreux jeunes handicapés placés dans des centres d'hébergement, la garderie est l'occasion de prendre part aux activités normales des enfants de leur âge.

Voilà déjà de bonnes raisons de laisser les jeunes handicapés participer aux programmes des garderies. Évidemment ces programmes remplissent une autre fonction également importante: offrir aux jeunes enfants l'occasion d'établir des rapports sociaux avec les enfants de leur âge: c'est leur fonction de socialisation. Les tout jeunes enfants retardés dans leur développement ont besoin des expériences qui leur permettront de se développer socialement et que seule peut leur offrir l'interaction avec des compagnons normaux. On est donc amené à aborder la question de l'intégration - sujet de préoccupation depuis quelques temps pour le personnel oeuvrant auprès des jeunes enfants.

A. La question de l'intégration

L'intégration des enfants handicapés dans des programmes éducatifs ou récréatifs réguliers a suscité nombre de malentendus et d'idées erronées. Il importe donc, avant d'entreprendre une action efficace, de bien comprendre ce que signifie ce concept.

Généralement, lorsqu'on parle d'intégration, on désigne un ensemble de situations variées allant de celles qui ne sous-entendent qu'une proximité physique entre enfants handicapés et non handicapés à celles qui comportent une interaction sociale étroite entre ces deux groupes d'enfants.

Il y a "intégration physique" lorsqu'il existe deux programmes distincts - un pour les enfants ayant des besoins spéciaux et un pour les enfants dits normaux - les deux groupes étant à proximité l'un de l'autre. Les deux programmes peuvent s'effectuer dans le même immeuble, mais l'administration, le matériel, le personnel, le milieu immédiat (salles de toilette, terrain de jeu) les moyens de transport, les heures de travail, etc. seront entièrement différents. Il peut très bien arriver (et c'est ce qui s'est produit dans quelques écoles publiques au pays) que les deux programmes se déroulent très près l'un de l'autre sans que les deux groupes d'enfants et le personnel n'établissent d'échanges sociaux réciproques.

Il y a "semi-intégration" lorsqu'il existe deux classes séparées à l'intérieur d'un même service sous une administration unique ou mixte. Dans cette situation, il y a un certain partage des locaux et du matériel. Les programmes sont suffisamment souples et les horaires assez semblables pour qu'il y ait interaction sociale entre les enfants à un moment quelconque de la journée (durant le transport, les jeux en plein air, les visites entre groupes, les randonnées, etc.)

Lorsqu'il y a une "intégration totale", les échanges entre enfants handicapés et enfants normaux sont favorisés au maximum. Chaque jour les enfants sont groupés ensemble selon leur âge pour plusieurs séances d'activités (par exemple pour les exercices simples de développement moteur) de même que pour toutes les activités habituelles (collation, lunch, période de repos, jeu libre).

Dans un programme "totalement intégré", l'enfant handicapé bénéficie de toutes les formes d'assistance dont il a besoin pour se développer et interagir de façon positive et créatrice avec les autres, du fait qu'il passe le plus de temps possible au milieu de ses compagnons non handicapés.

L'intégration doit être conçue à la fois comme un <u>but</u> et un <u>processus</u>. Nombre de services, visant à long terme à inclure les jeunes handicapés dans tous les aspects de leur programme, doivent passer par des étapes intermédiaires. Ainsi, un service essaiera d'abord l'intégration physique pour aborder ensuite la situation de semi-intégration et parvenir enfin au programme d'intégration totale. Cependant, durant tout ce processus, on doit rester fidèle au but final qui est l'intégration totale, autrement il est dangereux qu'on se contente d'une situation moins qu'optimale. Durant la période transitoire, une garderie municipale d'Ontario commença par offrir à treize jeunes handicapés, pour la plus grosse partie de la journée, un programme distinct de celui qui était organisé pour les 95 autres enfants normaux. Certaines activités étaient intégrées, dont les jeux libres en plein air et certains rassemblements, et le matin quelques enfants prenaient

brièvement part à des activités intégrées spécialement choisies (Mosten, 1974). Après quelques temps, il fut décidé de dissoudre le groupe séparé et d'entreprendre l'intégration totale pour les enfants groupés selon l'âge. Chaque enfant fut progressivement intégré pour des périodes de plus en plus longues. Dans d'autres centres de garde de jour, on commence par accepter un enfant légèrement handicapé puis on en accepte un autre dont le handicap est plus grave et ainsi de suite.

Les organisateurs et chercheurs qui ont fait l'essai des programmes intégrés avec les tout jeunes enfants tirent ordinairement les mêmes conclusions au sujet des avantages qu'ils procurent. Dans un programme intégré, l'enfant qui a des besoins spéciaux a une chance de se faire accepter des autres enfants et adultes, d'acquérir de la confiance en ses moyens et capacités, et d'apprendre à affronter et à accepter ses limites. Quant aux autres enfants, ils ont ainsi l'occasion de prendre conscience des différences entre les gens et de les accepter, de comprendre les problèmes des enfants ayant des besoins spéciaux. (U.S. Dept. of HEW, 1972; Glockner, 1974).

Pourtant les parents d'enfants handicapés et d'enfants normaux, les administrateurs de programmes et le personnel qui y est affecté hésitent souvent à amorcer le processus d'intégration. Ils peuvent craindre qu'il en coûte excessivement cher pour adapter le programme, le milieu et le personnel aux besoins spéciaux des enfants handicapés. Ils peuvent se demander si l'enfant exceptionnel recevra la formation technique intensive qu'il pourrait recevoir dans un cadre plus spécialisé. Enfin, ils peuvent craindre qu'on néglige les besoins de l'enfant normal.

Ce sont là des préoccupations légitimes. Si l'on veut que le processus d'intégration réussisse, il convient d'y réfléchir sérieusement. Des décisions délicates doivent être prises concernant certains facteurs dont les besoins en dotation en personnel, la modification du milieu. Il importe de préserver les chances d'adaptation de tous les enfants à la nouvelle situation.

B. Les facteurs à prendre en ligne de compte dans le processus d'intégration

Quelle que soit la voie que l'on suive pour parvenir à l'intégration, il est certains éléments communs que doivent sérieusement considérer tous les services.

Neufs éléments ont été définis:

1. L'amorce du processus d'intégration
2. Le rôle du personnel
3. Le nombre d'enfants handicapés par rapport au nombre d'enfants normaux

4. Les besoins en fait d'équipement et de milieu
5. La participation des parents
6. Les besoins en dotation et formation du personnel
7. L'utilisation judicieuse des travailleurs bénévoles
8. L'usage des ressources spécialisées
9. L'éducation du public.

Dans la section qui suit, nous examinerons quelques problèmes importants liés à chacun de ces éléments. Des directives seront fournies pour la gouverne des travailleurs qui ont l'autorité voulue pour prendre des décisions au sujet du processus d'intégration.

1. L'amorce du processus d'intégration

Un certain degré de planification préliminaire peut contribuer au succès du programme d'intégration. L'évaluation du nombre d'enfants handicapés ayant besoin d'un service constitue un bon point de départ. Les parents des jeunes handicapés et le personnel affecté au programme peuvent être lents à réaliser les ressources qu'offre un centre ou une garderie. Les services qui n'ont pas été contactés par ces parents devront essayer de connaître les besoins autour d'eux et faire un peu de publicité pour atteindre une clientèle éventuelle.

Cette collecte d'information se fait dans les deux sens et est un processus continu; en cherchant à connaître les enfants handicapés qui ont besoin de son service, la garderie fournit à la communauté certains renseignements. Apprenant que des services sont offerts à leurs enfants handicapés, plus de parents prendront contact avec la garderie.

a. Renseignements nécessaires:

Au sujet des enfants

i) Combien y a-t-il d'enfants handicapés et qui sont-ils?

ii) Quels sont leurs besoins par rapport à leur handicap, à son degré de gravité et de complexité?

iii) Quels services leur sont présentement fournis?

iv) Quels sont les enfants qui risquent d'être retardés dans leur développement (sans handicap apparent, ces enfants, vu leur milieu familial, socio-économique et leurs antécédents médicaux, bénéficieraient d'un programme de développement ou d'occasions d'interaction sociale avec des enfants de leur âge)?

Au sujet des familles

i) Combien y a-t-il de familles et qui sont-elles?

ii) Quels sont leurs besoins d'information au sujet du handicap de leur enfant, et en fait d'intervention corrective, de maîtrise de son comportement au foyer et d'assistance sociale pour elles-mêmes?

iii) A quels services recourent-elles présentement?

Au sujet des services communautaires

i) Quels sont les ressources et services existant présentement dans la région?

Spécialistes-consultants (thérapeutes, travailleurs sociaux, psychologues)

Maisons d'enseignement (écoles secondaires, collèges, universités)

Associations bénévoles (agences de recrutement, églises, associations sportives (YMCA, YWCA))

Agences de service social (orientation personnelle, enseignement ménager, gardiennes à domicile, protection de la jeunesse)

Associations pour les handicapés y compris leurs services (écoles maternelles, foyers collectifs, programmes pilotes pour les parents)

ii) Dans quelle mesure ces services répondent-ils aux besoins particuliers des jeunes handicapés et de leurs familles?

iii) Quels services pourraient être modifiés de manière à inclure les enfants handicapés?

b. Moyens de se renseigner ou de joindre la clientèle

i) Contacter les membres de la section locale de l'Association pour les handicapés. Les mettre au courant du service et des programmes qui leur sont offerts. S'informer du nombre de membres susceptibles de recourir à ce service. Annoncer dans leur lettre-communiqué. Faire un rappel par téléphone ou par lettre.

ii) Prendre contact avec tous les services destinés aux jeunes handicapés - écoles maternelles spéciales, hôpitaux, centres d'hygiène publique, etc. Maintenir des échanges suivis avec ces services.

iii) Se procurer des données statistiques auprès des conseils régionaux et locaux d'organisation sociale.

2. Le rôle du personnel

De l'avis de nombre d'auteurs, l'attitude du personnel vis-à-vis de l'intégration des jeunes handicapés a un effet déterminant sur le succès de ce processus. D'après l'un deux, la ferme conviction que les enfants exceptionnels sont avant tout des enfants (U.S. Dept. of HEW, p. 9) et ne doivent donc pas être exclus du programme est l'ingrédient

le plus important d'une intégration réussie. L'expérience d'une garderie montre que le personnel doit être enthousiaste et prêt à affronter les problèmes qui se présentent tous les jours (Mosten, p. 4). Ces travailleurs doivent être capables de souplesse, d'innovation et disposés à tenter des méthodes différentes et des idées nouvelles.

Les réactions et le comportement du personnel nous fournissent un modèle de la façon dont les enfants normaux accepteront les jeunes handicapés (Glockner, p. 7). Les membres du personnel doivent découvrir des points communs dans leur façon de traiter les enfants handicapés dont ils doivent prendre conscience s'ils veulent servir de modèle.

Comment servir de modèle de comportement et d'attitude

1. Les mêmes règles s'appliquent à tous les enfants dans un groupe, qu'ils soient handicapés ou non. Il faut se garder de la tendance spontanée à excuser la conduite des enfants handicapés (Mosten, p. 5, Eger, p. 23).
2. Expliquer honnêtement et positivement le handicap d'un enfant aux autres enfants. Si c'est possible, amener ces derniers à interpréter le rôle d'un handicapé, d'un aveugle par exemple (Eger). Si un enfant demande "Pourquoi Marie n'est-elle pas comme les autres?" lui faire voir ce qu'elle a en commun avec lui, préciser qu'elle progresse peut-être plus lentement mais dans le même sens que les autres. Mentionner que tout en ayant des difficultés dans certains domaines, elle excelle dans d'autres. Proposer à l'enfant non handicapé des moyens d'aider Marie à progresser davantage.
3. Éviter de surprotéger le jeune handicapé en lui épargnant les réalités de la vie. S'il ne connaît pas différents genres d'expériences, il est probable qu'il demeurera dépendant de ses professeurs et de ses parents (Glockner, p. 9).
4. Se montrer vigilant à l'égard des enfants qui adoptent une attitude surprotectrice ou cruelle envers un jeune handicapé. Il se peut que ces enfants aient eux-mêmes besoin d'une attention spéciale (Glockner, p. 10).

En somme, chaque membre du personnel doit non seulement être particulièrement sensible à la qualité de l'interaction sociale entre les enfants, mais sonder ses propres attitudes à l'égard des jeunes handicapés.

3. Le nombre proportionnel d'enfants handicapés à inclure dans un groupe

On se demande souvent combien d'enfants exceptionnels il convient d'inclure dans une garderie régulière. Aucune formule ne permet de déterminer le rapport idéal entre le nombre d'enfants handicapés et le nombre de non-handicapés. Dans un programme

expérimental, la proportion était de 50% d'enfants handicapés pour 50% d'enfants non handicapés, ce qui mettait en valeur le but du programme d'intégration (Justice, 1974). Le personnel d'une autre garderie a constaté que le rapport qui lui convenait le mieux était d'au plus un enfant handicapé pour huit non-handicapés (Mosten, 1975).

Le personnel des garderies doit comprendre qu'il importe de maintenir ces proportions et examiner sérieusement les facteurs à prendre en compte dans l'établissement d'un rapport acceptable pour leur service. Les conséquences découlant de l'augmentation ou de la réduction du nombre d'enfants handicapés doivent être soigneusement contrôlées. La meilleure façon de juger quel rapport convient le mieux dans un centre en particulier est d'intégrer d'abord un seul ou quelques enfants exceptionnels tout en continuant d'observer leur besoin d'aide et leur adaptation. On peut parvenir progressivement à des rapport optimaux - à mesure qu'un enfant handicapé se sent plus à l'aise dans le groupe et que ses besoins spéciaux diminuent, il est possible d'en inclure d'autres.

a. Raison d'être des rapports. L'intégration des enfants retardés dans leur développement dans les services réguliers permet, entre autres choses, de tirer profit des modèles comportementaux que fournissent les enfants dont le développement se fait normalement. Si les enfants handicapés sont en plus grand nombre que les non-handicapés, ces derniers pourront commencer à adopter certains modes de comportement "inhabituels", certains maniérismes propres au premier groupe au lieu de l'influencer dans l'autre sens. Il peut aussi arriver, si le nombre de jeunes handicapés augmente au-delà d'un certain point, que le personnel, les parents et même la population locale commencent à percevoir le service comme une garderie pour handicapés au lieu d'une garderie ordinaire. Ce qui peut faire manquer une occasion importante de démontrer que l'enfant handicapé fait partie de la vie communautaire. Enfin, si dans une localité, une garderie accepte un trop grand nombre de jeunes handicapés (plus que la proportion par rapport à la population par exemple) les autres garderies estimeront peut-être qu'elles n'ont pas à en accepter de leur côté.

b. Le type de handicap et son degré de gravité. Plus le handicap d'un enfant est grave et compliqué (arriération mentale profonde, grave infirmité, cécité accompagnée d'arriération, etc.) plus il a besoin d'être aidé par le personnel et les enfants du centre ou de la garderie. Un enfant dont les capacités sont très limitées par rapport aux autres enfants de son âge (qui ne peut se déplacer seul, ou se nourrir seul, qui n'est pas entraîné à la toilette) exigera de l'adulte plus d'attention et d'aide spécialisée.

Il sera de même plus facile à un centre de recevoir des enfants légèrement handicapés qui n'exigeront pas beaucoup de changements sur le plan du personnel, du milieu et des programmes.

c. L'accès au personnel et aux travailleurs bénévoles. Les écoles maternelles spécialisées pour les enfants handicapés ont essayé de maintenir un rapport adulte/enfant supérieur à celui qu'exigent les règlements sur les écoles maternelles et les garderies. Les services spécialisés ont souvent été à l'avant-garde lorsqu'il s'agissait de tirer parti des travailleurs bénévoles pour offrir aux enfants cette assistance individuelle complémentaire si appréciable. Il arrivera aussi qu'un centre régulier pour jeunes enfants ait besoin de quelques adultes de plus pour faciliter l'adaptation de chaque enfant handicapé et pour collaborer au programme individuel, surtout s'il y a plusieurs enfants qui sont gravement handicapés.
S'il est impossible à un centre de trouver des surnuméraires ou des bénévoles pour l'aider à pleinement intégrer les enfants ayant des besoins spéciaux, il doit étudier avec soin le nombre d'enfants exceptionnels qu'il est en mesure d'accepter.

4. Le milieu et l'équipement

Un bon nombre des enfants retardés dans leur développement qu'on intègre dans des centres réguliers pourront se contenter du même genre d'équipement ou de milieu que les autres enfants. En revanche quelques autres auront besoin d'un équipement spécialisé ou de certains changements dans le milieu de nature à les aider à surmonter leur handicap. Par exemple, un enfant en chaise roulante doit avoir suffisamment d'espace pour manoeuvrer sa chaise et se rendre en différents endroits du centre, notamment aux toilettes. Pour se déplacer seul à l'intérieur du centre et pour y pénétrer, cet enfant aura besoin de portes plus larges, de rampes en guise d'escaliers et de barres d'appui dans la salle de toilette. Les enfants chez qui la spasmodicité nuit à la posture et aux mouvements des mains peuvent avoir besoin de sièges spéciaux munis de courroies et de tables de travail individuelles. Les cuillers à manches épais, les assiettes adhérant à la table, les grosses nattes et les gros ballons sont des exemples d'articles d'équipement spécialisé servant aux enfants handicapés. Les jouets de texture, de poids et de sonorité divers sont indispensables aux handicapés visuels et doivent faire partie de l'équipement général du Centre.

Ces changements d'ordre matériel sont, pour une large part, simples et peu coûteux. Pour les changements de plus d'envergure, surtout s'il s'agit d'équipements très spécialisés, il convient de prendre le plus de renseignements possible avant de prendre des décisions. On aura profit à ce moment-là à consulter des ouvrages spécialisés et à s'adresser à des conseillers.

Actuellement, les handicapés physiques cherchent à faire établir des règlements exigeant que tous les nouveaux immeubles leur soient accessibles en ne leur posant pas de difficultés sur le plan architectural. Ce mouvement comporte un message qui doit être entendu de ceux qui font les plans des écoles maternelles et des garderies. Même s'il n'est pas absolument certain que des enfants handicapés s'en serviront, il faut que l'immeuble soit construit de manière à pouvoir les accueillir. Il est possible qu'à l'avenir il ne soit pas nécessaire de rénover ces installations.

5. La participation des parents

Par le passé, les parents ont souvent été tenus à l'écart de l'éducation préscolaire. Les services pour les enfants en bas âge s'efforcent maintenant de leur fournir d'abondants renseignements au sujet du programme destiné à leur enfant et les consultent en invitant quelques parents à faire partie d'une équipe-ressource.

La participation des parents d'enfants handicapés est d'une grande importance. Très souvent, ils sont les mieux en mesure de donner des renseignements sur le passé de l'enfant. En plus de vivre avec lui, ils ont consulté nombre de spécialistes et peuvent transmettre d'utiles informations. En même temps, il est essentiel que les membres du personnel s'occupant du programme aident les parents à accepter leur enfant comme un individu en situation d'apprentissage qui a besoin, pour atteindre les objectifs du programme, d'une aide supérieure à la moyenne.

Les professionnels qui ont réussi dans leur travail auprès des parents de jeunes handicapés proposent les moyens suivants pour les amener à participer au programme préscolaire régulier.

Comment favoriser la participation des parents

1. Donner aux parents des informations au sujet de leur enfant et du programme qu'il suit. Provoquer les questions, partager les expériences et les connaissances. Rendre visite aux parents à leur domicile.
2. Essayer de mieux connaître les parents, leurs intérêts et leurs besoins. Il arrive que les parents d'enfants exceptionnels aient eux-mêmes des besoins spéciaux; par exemple ils auront besoin de gardiennes et d'auxiliaires familiales, etc.
3. Obtenir la collaboration des parents à la programmation et à l'établissement d'objectifs développementaux pour leur enfant. Dans la mesure du possible, les faire participer au programme du centre. On a constaté, dans une garderie, que certains parents ne s'étaient vraiment rendu compte du caractère inapproprié de la conduite de leur enfant qu'en comparant son comportement avec celui des autres enfants normaux du même âge (Mosten, 1975).

4. Aider les parents à favoriser l'adaptation de leur enfant et à établir avec lui, au foyer, des relations satisfaisantes. Les parents peuvent être des observateurs perspicaces du comportement de leur enfant mais ne pas savoir interpréter ses progrès et ses difficultés. Fournir aux parents certaines techniques de formation et certains renseignements leur permettant d'être de bons maîtres et d'amener leur enfant à progresser en divers domaines (Randall, 1973). Se montrer confiant dans leurs capacités d'éducateurs.

5. Donner aux parents l'occasion de rencontrer d'autres parents et de mettre en commun leurs expériences.

6. Se servir d'ouvrages de référence dont les suivants:

   i) The Parent Teacher Partnership

      par Ray H. Barsch
      Council for Exceptional Children
      Arlington, Virginia. 1969

   ii) "Parent Involvement: The Parent and the Professional"

      article rédigé par Kathryn Gorham
      dans The Futures of Children ed. Nicholaus Hobbs
      Jossey Bass, Inc. 1975

6. Les besoins en dotation et en formation du personnel

Dans les services intégrés destinés aux enfants en bas âge, il importe de pouvoir compter sur une équipe de personnes aux antécédents professionnels variés: éducateurs préscolaires diplômés connaissant le développement normal de l'enfant et l'éducation des très jeunes enfants ayant des troubles du développement, personnes provenant du milieu culturel de l'enfant, parents d'enfants admis au programme, spécialistes-consultants, travailleurs bénévoles, administrateurs, personnel de soutien et stagiaires en éducation préscolaire.

L'interaction entre les adultes et les enfants doit être constante pour leur assurer de la sécurité et de la chaleur et structurer leurs expériences formatives au centre. Cependant, l'interaction individuelle que permet la relation entre un adulte et un enfant a une importance particulière pour les enfants retardés dans leur développement.

Les services n'ont pas tous les moyens de s'assurer le personnel dont ils ont besoin et ils ne peuvent pas toujours le trouver; il faut donc qu'ils tirent le meilleur parti possible des personnes disponibles pour le programme. Ceux qui travaillent auprès des enfants, des jeunes handicapés tout particulièrement, ont une lourde tâche à accomplir et font face à nombre de frustrations et de difficultés. Il importe donc d'accorder de

l'appui au personnel. Même dans les centres qui sont à la pointe du progrès, le personnel peut en venir à se contenter d'un service qui n'est pas de première qualité. Un bon moyen pour le personnel de préserver son enthousiasme et son esprit créateur est d'être constamment à la recherche de nouvelles idées et d'occasions de perfectionnement professionnel. Il importe que le conseil et les administrateurs se fassent un devoir de fournir au personnel des occasions de formation et d'affecter à cette fin des crédits budgétaires suffisants.

Comment perfectionner le personnel

1. Faire donner des conférences et causeries par des spécialistes (psychologues du développement, physiothérapeutes, éducateurs d'enfants handicapés, etc.) afin de donner aux éducateurs habitués à travailler avec des enfants normaux des connaissances spécialisées au sujet des troubles du développement chez les enfants. Faire assister à ces conférences les parents et les travailleurs bénévoles. (S'assurer que les spécialistes sont informés des dernières découvertes et ont une attitude positive à l'égard des possibilités des jeunes handicapés.)

2. Permettre au personnel habitué à travailler auprès des enfants retardés dans leur développement de se tenir au courant des connaissances nouvelles au sujet du processus normal de croissance et de développement. Communiquer ces renseignements aux parents et aux travailleurs bénévoles.

3. Faire en sorte que les éducateurs de jeunes enfants normaux travaillent directement auprès des jeunes handicapés.

4. Explorer des nouvelles idées au sujet des matières à enseigner, des programmes, des techniques pédagogiques et de la qualité du travail. Déléguer des membres du personnel à des colloques leur permettant de se perfectionner dans les techniques de formation. Entrer en contact avec les associations nationales pour les handicapés énumérées à l'Annexe A et avec leurs bureaux provinciaux pour obtenir leur calendrier des colloques et séances d'études à venir.

5. Recourir aux ressources communautaires disponibles au moyen de visites dans les centres spécialisés, de discussions avec les représentants de sociétés bénévoles pour les handicapés et par d'autres moyens.

7. L'utilisation judicieuse des travailleurs bénévoles

Généralement on considère que la présence de travailleurs bénévoles dans un centre pour les enfants en bas âge est un bon moyen d'augmenter les effectifs. Ces travailleurs jouent cependant un rôle essentiel pour ce qui est de fournir à chaque

enfant la situation d'apprentissage individualisée et structurée ainsi que la sécurité affective dont il a besoin. Il faut, par conséquent, accorder une attention particulière au recrutement, à l'orientation, à la formation permanente des travailleurs bénévoles et à la coordination de leur travail.

Il convient de prendre tous les moyens nécessaires pour atteindre les personnes qui peuvent travailler régulièrement à titre de bénévole au programme de développement en recourant par exemple aux dépliants, aux communiqués paroissiaux, aux avis aux clubs sociaux, en annonçant lors de réunions communautaires. Consacrer le temps qu'il faut à l'orientation et à la formation des travailleurs bénévoles.

Comment orienter et former les bénévoles

1. Fournir des renseignements concrets portant sur la structure du programme et les méthodes utilisées au centre;
2. mettre en valeur les aspects stimulants et formateurs du travail;
3. faire voir ce que le service offre à la communauté;
4. formuler une philosophie qui traduit une attitude positive à l'égard des handicapés et éviter les appels à la pitié du genre "Aidez ces pauvres enfants";
5. faire ressortir le caractère obligatoirement confidentiel de leur travail.

Pour trouver la place qui lui convient dans un programme, le travailleur (ou la travailleuse) bénévole a intérêt à prendre tout d'abord le temps d'observer la marche du programme puis à travailler en compagnie d'un bénévole plus expérimenté qui peut répondre à ses questions. Puis, à mesure que les travailleurs bénévoles acquièrent de l'assurance et apprennent quelle section du programme les intéresse le plus, ils peuvent travailler de manière autonome. Il faut leur donner les mêmes chances de formation et de perfectionnement qu'aux autres membres du personnel.

Lorsque le nombre de travailleurs bénévoles le justifie, il importe de trouver le moyen de bien coordonner leur travail. Ainsi, un groupe de bénévoles devrait avoir un coordonnateur qui leur sert d'intermédiaire auprès du directeur/administrateur et du conseil. Un des membres du groupe peut être nommé "capitaine" pour la durée d'une journée, chargé des travailleurs bénévoles ce jour-là et de résoudre les problèmes qui se posent à eux.

Un bon ouvrage de référence: The Volunteer in the Retarded Children's Nursery
Hazel Baker,
Canadian Association for the Mentally Retarded
tirage à part, 1972.

8. L'usage des ressources spécialisées

Un service préscolaire régulier qui se propose d'accepter des jeunes handicapés peut très bien sentir le besoin de rechercher l'appui et l'avis de plusieurs types de conseillers. Le conseiller ou l'organisme spécialisé peut fournir un service en particulier (l'évaluation détaillée d'un enfant), former le personnel (lui montrer à administrer des échelles simples d'évaluation), ou fournir des conseils de divers ordres (les positions posturales correctives, la maîtrise du comportement, les objectifs de formation).

Parmi les services spécialisés et les spécialistes-consultants dont il est souvent question dans les centres pour jeunes handicapés il faut mentionner les suivants:

a. Physiothérapeute - ergothérapeute. Nombre d'handicapés physiques, surtout les enfants atteints de paralysie cérébrale par encéphalopathie, souffrent d'hypotonie (diminution du tonus musculaire) ou d'hypertonie (augmentation du tonus musculaire). Ce problème peut beaucoup s'accentuer si l'enfant est dans une position assise ou couchée incorrecte. Les services d'un physiothérapeute sont donc indispensables pour un enfant qui souffre d'un handicap physique moyen ou grave. Ce thérapeute fait connaître les positions correctives, prescrit des exercices de rééducation fonctionnelle et recommande l'équipement approprié.

b. Orthophoniste. Cette personne travaille auprès des enfants qui ont des troubles de l'audition et du langage; elle recommande des méthodes et des programmes que doivent suivre le personnel et les parents.

c. Infirmière-hygiéniste. Cette infirmière peut aider le personnel qui doit administrer des médicaments, lui montrer comment procéder en cas d'attaques épileptiques, lui enseigner l'usage des échelles simplifiées d'évaluation du développement.

d. Spécialiste en communication. Plusieurs personnes peuvent enseigner au personnel à se servir de "communication totale" - un moyen de communiquer par des signes et par la parole avec les enfants sourds et mal-entendants, ou à utiliser le tableau de communication (Blisssymbolics) avec les enfants incapables de parler, souvent parce qu'ils souffrent de paralysie cérébrale ou d'autisme ou ne possèdent pas encore la maîtrise du langage.

e. Centre ou clinique d'aide à l'enfance et à la famille. Ces centres de consultation sont souvent logés dans des hôpitaux ou dans des édifices gouvernementaux et offrent des services complets d'évaluation d'ordre psychologique, médical, psychiatrique et neurologique.

f. Programmes spécialisés. Les sections locales de l'Association canadienne pour les déficients mentaux, l'Institut national canadien pour les aveugles, la Société pour les enfants infirmes, la Société pour les enfants sourds, etc. peuvent avoir d'excellents programmes. Leur personnel peut aider les centres pour jeunes enfants à organiser un programme individuel pour améliorer les moyens de communication, ou d'alimentation autonome d'un enfant ou encore le diriger vers des spécialistes.

9. L'éducation du public et la participation de la communauté

Un centre de garde ou de développement pour les jeunes enfants est un service communautaire; la communauté a donc le droit d'être informée de ce qui s'y passe et de participer aux activités. Les services pour enfants handicapés ont souvent été considérés comme étant distincts des services communautaires, notamment parce qu'ils relevaient du secteur privé bénévole. Par conséquent, il importe tout particulièrement de favoriser une interaction saine entre la collectivité et les services lorsque ceux-ci s'adressent aux enfants handicapés.

Une des fonctions des programmes pour jeunes handicapés est d'éduquer le public souvent ignorant des capacités de développement et d'autonomie des enfants handicapés. Le personnel affecté à ces programmes doit s'efforcer de présenter les enfants sous un éclairage favorable en faisant voir à la communauté combien ils sont appréciés dans leur service. On n'en continuera pas moins de penser que ces enfants seront à la charge de la communauté; il faut donc chercher à démontrer en quoi les jeunes handicapés peuvent réellement contribuer à la vie communautaire.

Comment éduquer le public et favoriser la participation de la communauté

1. Se montrer accueillant à l'égard des visiteurs et observateurs. Leur faire sentir qu'ils sont les bienvenus au centre et libres d'y venir et de participer au programme.
2. Amener le plus souvent possible les enfants dans les parcs, centres récréatifs et centres commerciaux du voisinage. Leur permettre de rencontrer les personnes habitant près du centre.
3. Organiser une véritable campagne d'information au public en recourant à des programmes audio-visuels, ou à des brochures décrivant la philosophie, les objectifs et le programme du centre ou en faisant donner des conférences à des élèves du secondaire, à des sociétés de bienfaisance etc. (Randall, 1973).

C. Les programmes pour les enfants retardés dans leur développement dans le cadre des services préscolaires réguliers

A l'heure actuelle, l'éducation préscolaire vise avant tout à fournir aux enfants de meilleures et plus riches occasions d'apprendre. Ce genre de programme est surtout axé sur le jeu individuel et les activités en groupe qui mettent en valeur le développement physique, social et intellectuel. Cependant, dans nombre de programmes, il y a assez peu de structures permettant de répondre aux besoins exceptionnels en fait de développement.

On l'a déjà noté, beaucoup d'enfants handicapés ont besoin de programmes structurés qui décomposent les objectifs développementaux en petites unités-étapes que les enfants peuvent maîtriser assez facilement. Les différentes activités et moyens de stimulation et le milieu de haute qualité que l'on trouve généralement dans les programmes préscolaires sont essentiels à l'enfant handicapé mais ne suffisent pas toujours à accélérer au maximum sa croissance. Dans le cadre d'un programme régulier de garderie ou de maternelle, les enfants handicapés ont besoin de PROGRAMMES INDIVIDUALISÉS ET STRUCTURÉS DE DÉVELOPPEMENT, qui s'ajoutent aux activités auxquelles participent tous les enfants. Il faut que le personnel suive et note les progrès de l'enfant dans les divers domaines développementaux au cours de la journée. De plus, l'enfant peut avoir besoin chaque jour de séances individuelles de formation ou d'entraînement.

1. Comment organiser un programme individuel

Plusieurs ouvrages de documentation (1) renferment des renseignements sur la façon d'organiser un programme individuel à l'intention d'un enfant. Ces programmes structurés incorporent les principes et techniques de la maîtrise du comportement à la théorie sur les programmes de développement. Tous ces éléments réunis enseignent aux éducateurs et aux parents à structurer la situation d'apprentissage de manière à faciliter à l'enfant l'acquisition des connaissances.

---

1. Se reporter à la section Documentation pour une liste d'ouvrages de référence qu'on peut se procurer auprès de l'INDM.

   Ceux qui ont à organiser des programmes épargneront du temps et du travail en s'inspirant des programmes et listes d'activités proposés dans ces ouvrages.

Voici en quelques mots les étapes à suivre pour l'élaboration d'un plan de programme:

i) évaluer le niveau de fonctionnement de l'enfant dans chacun des domaines de développement: coordination motrice grossière et fine, communication, développement intellectuel, socialisation (se reporter aux listes des secteurs de développement)

ii) établir des objectifs lointains et immédiats de développement des capacités

iii) décomposer chaque élément à maîtriser en étapes ou unités d'enseignement

iv) trouver des activités susceptibles d'aider à enseigner la nouvelle technique (voir les listes d'activités)

v) formuler les objectifs par écrit de même que la marche à suivre pour l'enseignement (qui doit donner le cours, à quel endroit, quand et pendant combien de temps, quelle méthode doit utiliser l'enseignant)

vi) faire le compte des performances correctes et des erreurs commises par l'enfant au cours de son apprentissage

vii) évaluer le progrès de l'enfant en consultant le dossier

viii) poursuivre le programme si l'enfant progresse régulièrement, recourir à d'autres méthodes si le progrès est lent ou fixer de nouveaux buts une fois que l'un d'eux est atteint.

Le programme individuel peut s'insérer dans les divers éléments de programme du centre.

a. Dans l'horaire régulier quotidien. Les activités organisées (jeux aquatiques, rondes, jeux autour d'une table, collaboration, etc.) sont suffisamment souples pour répondre aux besoins développementaux spéciaux d'un enfant. Pour chaque activité, il convient d'écrire les différents objectifs se rapportant à l'enfant. Par exemple, l'objectif immédiat dans le cas de Larry peut consister à lui faire dire un mot de chaque vers durant la ronde musicale tandis que les autres enfants chantent la chanson en entier.

b. Dans les activités en groupe. Chaque activité collective doit comporter plusieurs degrés de difficulté de manière à ce que les enfants handicapés puissent en réussir au moins une certaine partie. Le moniteur doit réaliser que différents degrés de réussite sont acceptables selon chaque enfant durant l'activité en groupe. Par exemple, il louera Harold d'avoir fait quelques traits au pinceau tandis qu'il louera David pour le tableau qu'il a peint.

c. Dans les séances individuelles de formation. Ce procédé pédagogique exige la participation de seulement deux personnes: l'enseignant et l'élève. Même s'il est plus facile de prévoir ces séances individuelles lorsque le rapport du nombre

d'enseignants au nombre d'enfants est satisfaisant, elles doivent quand même avoir lieu lorsque la proportion d'enfants est beaucoup plus élevée. Cette séance de formation peut se tenir dans un coin tranquille de la pièce et ne durer que de 5 à 10 minutes chaque jour. La formation doit être donnée quotidiennement et viser à faire acquérir à l'enfant une capacité spécifique et utile.

2. L'application des programmes structurés à tous les enfants

Après avoir mis en oeuvre les programmes individuels pour les enfants ayant des troubles du développement, une garderie a trouvé l'expérience si fructueuse qu'elle offre maintenant des programmes individuels de développement à tous ses enfants normaux. Récemment, on a appliqué ce genre de programme à tous les enfants des garderies de toute une région. Cette extension du programme structuré s'explique par le fait que nombre d'enfants normaux ont en fait des retards de développement dans un domaine quelconque qui peuvent être camouflés par la "normalité" de leur développement en d'autres domaines. De même, on a constaté dans nombre de centres réguliers que le fait d'établir des programmes pour les enfants qui ont des retards de développement avait relevé la qualité générale des autres programmes.

D. La surveillance du processus d'intégration

On ne saurait trop insister sur l'importance d'exercer une étroite surveillance sur le processus d'intégration. Il faut évaluer périodiquement toutes les mesures visant à inclure les enfants ayant des retards de développement dans les programmes réguliers pour s'assurer que le processus d'intégration tel qu'il est appliqué dans un centre en particulier profite à tous les enfants handicapés ou non. D'autres services communautaires ou privés seront vivement intéressés à connaître les résultats de l'intégration. De bien des façons ce processus est encore à l'essai, et les gens comptent sur les centres qui sont les premiers à l'appliquer pour leur donner un exemple de ce qu'on peut attendre de l'intégration. Les membres de l'administration et du personnel doivent surveiller de très près 1) le progrès et l'adaptation de chaque enfant handicapé aussi bien que de tous les autres enfants, 2) l'attitude et l'intérêt du personnel à l'égard du programme d'intégration, 3) la réaction des parents au processus d'intégration et 4) le point de vue de la collectivité.

Voici quelques moyens qui permettent de surveiller la qualité du service et le succès du processus d'intégration:

a. Objectifs et délais. Bien définir les objectifs d'intégration graduelle de chaque enfant handicapé et les moyens d'observer et d'évaluer objectivement l'évolution de l'enfant. S'imposer un délai pour la réalisation ou la réévaluation des objectifs.

b. Instruments de mesure. Se servir d'instruments de mesure aussi précis que possible (listes de contrôle quotidiennes, tableaux d'avancement graphiques, enseignement correctif spécifique [1]) pour vérifier le progrès de chaque enfant dans le domaine des capacités motrices, sociales, cognitives et de communication. (Se reporter à la section documentation pour les listes de contrôle et autres moyens.)

c. Dossiers. Tenir des dossiers quotidiens et périodiques où sont notés les progrès et difficultés de chaque enfant, les préoccupations du personnel et les réactions des parents.

d. Examens de la situation. Inviter les parents et le personnel à partager leur enthousiasme et leurs problèmes, à examiner et analyser les données, à proposer des changements, à fixer, dans leurs grandes lignes, les nouveaux objectifs ou à modifier ceux qui ont déjà été définis, et à établir de nouveaux délais.

e. Évaluation extérieure. Inviter les associations pour enfants handicapés, les parents et les représentants du gouvernement à présenter une estimation, formelle ou non, de la qualité du service fourni. Leur demander de noter leurs impressions par écrit et en discuter avec eux.

f. Changement. Aucune forme de surveillance n'est d'utilité à moins qu'un service soit ouvert au changement. En surveillant attentivement le processus d'intégration, il est possible de prendre conscience de la nécessité d'un changement dans un domaine ou dans plusieurs: nombre d'employés, nombre d'enfants, participation des parents, environnement, recours aux spécialistes-conseillers, programmes individuels et autres domaines.

La plupart des administrateurs de services destinés aux enfants et aux adultes sont totalement étrangers à l'idée de permettre aux gens de l'extérieur d'inspecter leurs établissements. Néanmoins, il faut admettre le droit du consommateur (les parents qui indirectement reçoivent les services) de connaître et de juger le genre de services qu'on lui offre. De plus, si les membres de l'administration et du personnel sont sincèrement désireux de fournir des services de haute qualité, ils doivent encourager les parents et d'autres membres de la population à faire une évaluation critique de leur travail.

---

1. Au sujet de l'enseignement correctif spécifique voir Precision Teaching: A Course in Basic Procedures, par James R. Young, 1973. On peut se procurer cet ouvrage en s'adressant à l'Institut national pour la déficience mentale.

L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES PROGRAMMES PRÉSCOLAIRES INTÉGRÉS

LISTE DE CONTRÔLE

Idéologie

- ☐ Les attitudes et les croyances des membres de l'administration et du personnel, des parents et des travailleurs bénévoles sont-elles positives?
- ☐ Est-ce que l'on considère les enfants handicapés comme des personnes en train de se développer?
- ☐ Désire-t-on sérieusement parvenir à l'intégration ou ne sont-ce que de belle paroles?

Modèle et contenu

- ☐ L'orientation fondamentale du programme est-elle constructive?
- ☐ Le programme est-il vraiment axé sur le développement ou vise-t-on simplement à soigner ou garder des enfants ou à les laisser se débrouiller seuls?
- ☐ Le programme répond-il aux besoins physiques, affectifs, sociaux et intellectuels des enfants? Est-il efficace?
- ☐ Le rapport du nombre des enfants handicapés à celui des enfants normaux est-il satisfaisant?
- ☐ Le programme convient-il aux individus dans le groupe qui ont des handicaps particuliers?
- ☐ Le programme comporte-il des éléments de coopération, de communication et de coordination?
- ☐ Y a-t-il des réunions du personnel où l'on recourt aux méthodes de résolution des problèmes?
- ☐ Y a-t-il des réunions avec les parents?
- ☐ Y a-t-il des séances d'orientation et une formation en cours d'emploi pour les travailleurs bénévoles?
- ☐ Le personnel fait-il participer les travailleurs bénévoles et les parents à l'organisation du programme?

Qualités et aptitudes du personnel

- ☐ Les enseignants se sont-ils spécialisés dans le travail auprès des jeunes handicapés et de leurs parents?
- ☐ Comprennent-ils le développement normal de l'enfant?
- ☐ Les membres du personnel comprennent-ils le processus de normalisation et ont-ils confiance en lui?

- ☐ Leurs attitudes se manifestent-elles effectivement durant les activités quotidiennes?
- ☐ Peut-on recourir au personnel de soutien et aux ressources communautaires nécessaires, spécialistes-conseillers, orthophonistes, physiothérapeutes, thérapeutes du comportement?
- ☐ Utilise-t-on ces ressources?
- ☐ Les nouveaux employés sont-ils au courant du programme intégré et sont-ils initiés à ce programme?
- ☐ Les travailleurs bénévoles jouent-ils un rôle vraiment utile dans le programme?

Méthodes

- ☐ Les besoins de développement des enfants sont-ils constamment évalués?
- ☐ Les évaluations servent-elles à déterminer les besoins de développement de chaque enfant?
- ☐ Ces évaluations aboutissent-elles à des programmes individualisés qui répondent aux besoins des enfants?
- ☐ Le programme convient-il à l'enfant compte tenu de son âge et de son handicap?
- ☐ Quelle est la qualité de l'interaction entre les enfants handicapés et les non-handicapés? Les enfants handicapés jouent-ils un rôle actif dans les activités de groupe?
- ☐ Les parents sont-ils encouragés à maintenir la continuité entre le programme préscolaire et le foyer? Sont-ils conscients de leur rôle à cet égard?

par Doreen Gordon
Coordonnatrice
York County Day Care Services

N.R.H.P.

VERS UN RÉSEAU DE SERVICES

Pendant trois ans, une commission d'enquête sur les troubles de l'affectivité et de l'apprentissage chez les enfants (CELDIC) parrainée par les principales organisations nationales pour les jeunes handicapés, s'est penchée sur l'état des services infantiles d'un bout à l'autre du pays. Il en est résulté une étude intitulée Un million d'enfants, publiée en 1970. Le rapport a fait ressortir les principaux problèmes liés aux services destinés à l'enfance exceptionnelle. On a constaté que ces services étaient inadéquats et morcelés. Plusieurs organisations ne communiquaient pas réciproquement; il y avait des divisions nettes entre différents secteurs de responsabilité professionnelle. On peut trouver dans une même localité des programmes, destinés aux jeunes déficients mentaux, administrés par une agence bénévole spécialisée, une série différente de programmes à l'intention des handicapés physiques qu'administre un autre organisme et aucun programme pour les enfants souffrant de troubles affectifs. Encore de nos jours, le besoin est grand d'une approche cohérente, coordonnée, de l'organisation des services impliquant une collaboration entre les divers organismes.

En dépit des progrès qui ont été réalisés dans le domaine des services infantiles depuis le rapport CELDIC, la nécessité de créer un réseau de services de divers genres dans toutes les localités demeure. Chaque famille a un ensemble particulier de besoins qui dépend de sa situation financière, des relations entre ses membres, de la nature du handicap de l'enfant, de la région où elle habite et d'autres facteurs. Ainsi, les parents qui habitent dans une région rurale et ne peuvent franchir tous les jours les nombreux milles qui les séparent de la ville pour faire bénéficier leur enfant d'un programme de soins de jour ont besoin d'un programme de développement organisé sur les lieux. Dans une famille où la mère ne travaille pas à l'extérieur, les besoins ne sont pas les mêmes que dans une famille monoparentale. Chaque enfant devrait pouvoir suivre un programme qui lui convient au moment où il est prêt à le suivre au lieu d'attendre pendant six mois et même un an qu'on puisse le recevoir. Des services différents devraient être offerts aux différents groupes d'âge et en toutes saisons pour assurer à chaque enfant une expérience formative ininterrompue. Bref, aucun service ne peut répondre à lui seul à la grande diversité des besoins; ce qu'il faut plutôt c'est une vaste gamme de services parmi lesquels l'enfant (la famille) peut choisir.

Dans ce réseau de services, les garderies, les maternelles et les services préscolaires occupent une place importante. Les familles d'enfants handicapés ont le choix parmi ces trois services pour obtenir des programmes de développement de l'enfant. Voici quelques autres services qui seraient nécessaires à la création d'un réseau complet de ressources.

a. Services préventifs [1]. A l'heure actuelle on accorde de plus en plus d'attention à la prévention des affections incapacitantes grâce à l'hygiène chez la mère et la future mère. Parmi les services préventifs essentiels il faut nommer l'éducation familiale aux élèves du secondaire, les conseils d'ordre nutritif aux femmes enceintes, l'information en matière de génétique aux parents qui risquent d'avoir un enfant handicapé et les programmes d'immunisation.

b. Services de dépistage précoce et d'évaluation. Dans nombre d'hôpitaux canadiens, on fait un examen préliminaire de tous les nouveau-nés pour déceler les signes d'anomalies développementales éventuelles. Plusieurs hôpitaux et centres régionaux pour handicapés offrent un service spécial d'évaluation qui comprend un bilan fonctionnel, des examens médicaux et neurologiques, des tests psychologiques, etc.

c. Programmes de développement pour les bébés. Les programmes d'intervention précoce se font de plus en plus nombreux au pays. Ils offrent des programmes individualisés de jeux et d'exercices de nature à améliorer les capacités et les relations sociales des bébés ayant des retards de développement. Ces programmes peuvent être exécutés dans la pouponnière de l'hôpital, au foyer de l'enfant, dans le cadre des programmes gouvernementaux, dans les garderies administrées par l'Association pour les déficients mentaux, dans les centres de garde de jour et les garderies familiales. Habituellement, ces programmes sont destinés aux enfants qui ont moins de deux ans et les parents participent à la formation.

d. Programmes de développement au foyer. Ils ressemblent aux programmes de stimulation du nourrisson, mais doivent obligatoirement être exécutés au foyer de l'enfant. Un formateur se rend au domicile des parents et montre à la mère (ou au père) les exercices qu'il faut faire faire à l'enfant pour développer ses capacités et favoriser sa croissance. Ce modèle a donné d'heureux résultats avec les handicapés d'âge préscolaire dans des régions rurales, avec des enfants gravement handicapés de tous les âges et avec des bébés retardés dans leur développement tant à la ville qu'à la campagne.

e. Garderie en milieu familial. Ce mode de garde de jour - des personnes dans des foyers privés sélectionnés et supervisés gardent un petit nombre de bébés et de jeunes enfants durant la journée - est très répandu au Canada. Ces personnes,

---

1. Se reporter à Fotheringham et Morris (1976) pour un exposé complet des divers aspects de la prévention.

moyennant un peu plus de formation et de supervision, pourraient offrir des programmes individuels de développement aux jeunes handicapés sous les auspices des centres de soins de jour intégrés ou des services de stimulation et de développement du nourrisson au foyer.

f. Services de consultation ambulants - Prêts de jouets. Dans les régions éloignées, une personne compétente voyageant dans une roulotte offre des jouets, des suggestions de programmes et des services de supervision aux parents ou éducateurs préscolaires travaillant auprès d'enfants handicapés. Un service centralisé tel qu'un centre de documentation ou un collège communautaire prête aux parents du voisinage des jouets aptes à favoriser le développement de l'enfant.

g. Groupes de parents. Dans nombre d'associations pour les arriérés mentaux on a entrepris avec succès des programmes d'entraide entre parents. Des parents qui sont familiers avec le problème d'arriération mentale de leur enfant sont appariés à des parents pour qui cette expérience est encore nouvelle afin de leur fournir un appui moral et des renseignements pratiques au sujet du handicap en question et des services mis à leur disposition. D'autres services pour de jeunes et très jeunes enfants offrent régulièrement aux parents l'occasion de se rencontrer en groupe.

h. Services de garde temporaire. Les services qui permettent aux parents et aux autres membres de la famille de se reposer temporairement de la tâche qui leur incombe face aux besoins de l'enfant handicapé commencent à peine d'être appréciés à leur juste valeur. Ce service est tout particulièrement important en période de crise, mais même en temps normal il importe d'accorder aux familles quelques moments de répit. Ces derniers ont le choix entre plusieurs sortes de services temporaires de garde ou de soins familiaux offerts pour de brèves périodes de temps, entre autre la famille-hôte qui a rencontré l'enfant qui sera son "invité", le foyer de séjour temporaire, les foyers collectifs qui acceptent quelques enfants pour des raisons de ce genre, et les services de soins temporaires dans un hôpital local (INDM, 1975).

i. Aide-ménagères visiteuses. Jusqu'ici ce service a surtout été offert aux personnes âgées ou malades. Il est maintenant admis qu'une famille ayant un enfant handicapé peut avoir besoin de cette forme d'assistance, tout particulièrement en période de crise, lorsqu'un des parents est malade et si l'enfant est gravement atteint.

j. Service de garde d'enfants à domicile. La personne qui fournit ce genre de service aura parfois besoin d'être mieux renseignée ou formée avant de pouvoir accepter la responsabilité d'un enfant ayant des besoins exceptionnels.

k. Foyers nourriciers et d'adoption. Nombre d'enfants handicapés, dont les véritables parents sont incapables de s'occuper, doivent être temporairement placés dans des foyers nourriciers ou encore confiés en permanence à des familles adoptives. Ces foyers nourriciers ou d'adoption doivent être aussi aidés et informés que les autres familles d'enfants handicapés.

l. Établissements spécialisés. Quelques enfants handicapés sont élevés dans des foyers collectifs ou de petits établissements spécialisés. Ce genre de service peut être nécessaire lorsque le jeune handicapé souffre de complications médicales ou tandis qu'il attend son placement dans un foyer nourricier; cependant nombre de ces services pourraient offrir des programmes de développement plus intensifs et une atmosphère plus familiale. Dans certains établissements, malgré le manque de ressources, un effort est tenté dans ce sens et on cherche à faire participer les enfants aux programmes de garde de jour de la localité.

En somme, les enfants ayant des besoins exceptionnels peuvent exiger plus de ressources que la moyenne pour bénéficier des mêmes occasions de développement que les autres. Vu cette diversité de besoins, les parents doivent pouvoir choisir parmi une vaste gamme de services systématiquement organisés pour former un continuum de nature à favoriser la croissance de l'enfant au sein de la cellule familiale. Lorsque les soins familiaux ne peuvent être fournis, il convient de concevoir des solutions de rechange également humanisantes. Un ensemble complet de ressources destinées aux bébés, aux très jeunes enfants et à leurs familles est le fondement d'un réseau de services préscolaires.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS
FORMES D'ASSISTANCE ET RÔLES PROFESSIONNELS

La présente publication a passé en revue plusieurs formes d'assistance pour les enfants retardés dans leur développement. Elle a fait valoir le besoin d'envisager de manière positive les besoins spéciaux des enfants. Les programmes de développement systématiques, structurés, entrepris dès le bas âge et s'étendant aux garderies, représentent une riche possibilité de favoriser au maximum la croissance et l'autonomie de l'enfant. Grâce à l'intégration, les jeunes handicapés reçoivent l'aide et les ressources dont ils ont besoin tout en demeurant aux côtés des compagnons normaux de leur âge; cette méthode est à l'étude dans un nombre de plus en plus grand de garderies. En comprenant les principes dont ce processus s'inspire, en souscrivant à ses objectifs et en procédant avec soin, les centres ayant des programmes de garde de jour sont en train de prouver que l'intégration peut pleinement profiter aux enfants tant handicapés que normaux. On a enfin décrit la gamme de services qui doit être offerte pour qu'on puisse constituer un réseau de ressources pouvant répondre aux besoins spéciaux des enfants et de leurs familles.

La question se pose de savoir comment il est possible aux membres de l'administration et du personnel des garderies de traduire ces renseignements en une perspective axée sur l'action. Dans les services pour enfants handicapés quatre domaines de préoccupation s'imposent.

1. La coordination

L'exposé qui précède des problèmes liés aux services infantiles a mis en lumière le besoin d'une coordination efficace entre les divers organismes. D'après certaines études, le meilleur moyen de parvenir à cette coordination est de confier à une seule personne ou à un seul organisme la tâche de procurer à un enfant et à sa famille la gamme de services dont ils ont besoin (voir Spain et Wigley, 1975). Jusqu'à ce qu'on atteigne ce degré d'organisation il incombe à chaque organisme d'assurer la coordination avec les autres services existants ou projetés.

En premier lieu, il faudrait créer un conseil ou comité communautaire ou interorganisationnel composé de délégués des différentes organisations pour jeunes handicapés, des services préscolaires réguliers, des parents, des membres de la communauté et des gouvernements local et provincial. Tous les membres de ce comité devraient participer à l'organisation de nouveaux services communautaires tels que programmes de développement pour les bébés, ou garderies municipales. En second lieu, chaque

centre ou garderie devrait continuellement se tenir en contact avec tous les autres services apparentés ou susceptibles de s'occuper éventuellement des enfants handicapés qui suivent leur programme. Cette fonction comprend la recherche d'un service plus approprié pour un enfant dans le cas où l'organisme ne peut parfaitement l'aider. Elle comprend aussi la post-observation d'un enfant qui a terminé le programme préscolaire pour entrer à l'école publique.

2. Les programmes expérimentaux

On ne saurait sous-estimer l'importance des programmes expérimentaux servant de modèles lorsqu'il s'agit de favoriser l'intégration dans les garderies du pays. Certains programmes mis en oeuvre à Vancouver, à Calgary, à Newmarket, à Montréal et ailleurs, ont montré aux éducateurs et parents sceptiques que l'intégration est un projet réalisable. Chaque nouveau programme intégré contribue à montrer comment il est possible de réaliser l'intégration dans diverses sortes de situations. Pour influencer les autres, les centres doivent faire connaître leur programme aux spécialistes et à la population par l'intermédiaire des journaux, d'articles de revues, de lettre-communiqués, de causeries données en public et ainsi de suite. Les responsables des programmes intégrés doivent tenir des dossiers au sujet de la marche du programme et collecter des données normalisées permettant de suivre les progrès des enfants. Enfin, chaque service doit considérer qu'il est de son devoir d'influencer les autres services de sa région, de les inciter à accepter des enfants handicapés et à élaborer des programmes de haute qualité pour tous.

3. L'extension de la portée du service

Alors que certains genres de services (foyers collectifs, services de garde temporaire) sont hors de la portée des programmes de garderie, il en est d'autres auxquels ces programmes s'appliquent parfaitement. Il faut mentionner entre autres l'aide et la formation accordée aux parents, et l'application des programmes de développement aux foyers et aux garderies familiales. Un troisième est l'extension des services aux jeunes bébés - soit à leur foyer ou à l'intérieur du centre. En résumé, les centres réguliers de garde de jour, à mesure qu'ils acquièrent de l'expérience avec les enfants handicapés, sont en mesure de jouer un rôle de formateurs dans les programmes de développement - au foyer, à l'école publique, dans le cadre des services de loisirs et des garderies familiales et autres services.

4. Le rôle de défenseur

Un organisme ne doit pas chercher à fournir toute la gamme des services dont un enfant handicapé a besoin; il doit plutôt, en prenant la défense de l'enfant, veiller

à ce qu'un autre organisme ou une autre personne fournisse certains services. Par conséquent, un service intégré a un rôle essentiel à jouer pour inciter les autres organismes, écoles publiques, centres de loisirs communautaires, à accomplir la tâche qui leur incombe à l'égard de l'enfant handicapé. De même, il doit favoriser la création de nouveaux services, de programmes de meilleure qualité, aptes à améliorer le réseau entier de ressources disponibles. Les programmes de dépistage précoce et d'orientation dans les hôpitaux et les cliniques, le placement dans des foyers nourriciers ou d'adoption, les services de garde temporaire et les petits établissements dans lesquels on retrouve l'atmosphère familiale, sont quelques-uns des services indispensables qu'il faudrait organiser avec plus de dynamisme dans la plupart des localités.

En conclusion, les organismes qui sont au service des enfants ayant des besoins spéciaux ont en commun une obligation spéciale: se faire les défenseurs du droit de l'enfant à participer pleinement à la vie communautaire.

SECTION DE LA DOCUMENTATION*

OUVRAGES DE RÉFÉRENCE

Baker, Hazel. The Volunteer in the Retarded Children's Nursery. (Toronto: Ontario Association for the Mentally Retarded, 1972). - an illustrated guide for volunteers; 45 pp.

La Commission sur l'étude des troubles de l'affectivité et de l'apprentissage chez l'enfant - Un million d'enfants - le Rapport CELDIC. Toronto, Leonard Crainford, 1970.

Eger, Gladys. "An Integrated Co-op for Families," Déficience Mentale/Mental Retardation, XXXIV (July, 1974), 21-23.

Fotheringham, John B. and Mary Morrison. Prevention of Mental Retardation. (Toronto: National Institute on Mental Retardation, 1976). - discussion of causes of developmental disabilities and steps to be taken to prevent occurrence, 96 pp.

Friedlander, B.Z., Graham M. Sterritt, and Girvin E. Kirk (eds.). Exceptional Infant, Volume 3; Assessment and Intervention. New York: Brunner/Mazel, 1975, within which the following articles have been referred to:

Bronfenbrenner, Urie. "Is early intervention effective?"

Cairns, George F., and Earl C. Butterfield. "Assessing infants' auditory functioning"

Fowler, William. "A developmental learning approach to infant care in a group setting"

Fraiberg, Selma. "Intervention in infancy: a program for blind infants"

Friedlander, Bernard Z. "The developmentally disabled child"

Friedlander, Bernard Z. "Screening: a state of the art survey"

Hayden, Alice H., and Valentine Dmitriev. "The multidisciplinary preschool program for Down's Syndrome children at the University of Washington Model Preschool Center"

Lambie, Dolores Z., James T. Bond, and David P. Weikart. "Framework for infant education"

Nielsen, Gary et al. "An intervention program for atypical infants"

Ryan, Thomas J. "Poverty and early education in Canada"

Rynders, John E., and J. Margaret Horrobin. "Project EDGE: the University of Minnesota's communication stimulation program for Down's Syndrome infants"

Tronick, Edward, and T. Berry Brazelton. "Clinical uses of the Brazelton neonatal behavioural assessment"

Zadig, Jean M. and Allen C. Crocker. "A center for study of the young child with developmental delay."

* On peut se procurer toute la documentation écrite par l'entremise du service des prêts inter-bibliothéquaires de l'Institut national pour la déficience mentale (Service national des références).

Glockner, Mary. "Integrating handicapped children into regular classrooms," Handicapped Children in Head Start Series. Reston, Virginia: Council for Exceptional Children, 1974.

Gordon, Ira J. The Infant Experience. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill Publishing Company, 1975.

Hobbs, Nicholaus. The Futures of Children. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1975.

Justice, Wanda P. "Serendipity -integrated summer preschool program," Déficience Mentale/Mental Retardation, XXXIV (July, 1974), 4-9.

Krieg, Fred Jay, Ann Bardwell, and Ladelle Olion. "Knowing the child with special needs," Handicapped Children in Head Start Series. Reston, Virginia: Council for Exceptional Children, 1974.

Mosten, Sue. The Integration of Handicapped Children with Non-handicapped Children in a Municipal Day Care Centre. Unpublished report from Newmarket (Ontario) Day Care Centre, 1975.

Orientation Manual on Mental Retardation. (Toronto: National Institute on Mental Retardation, revised 1977). - a comprehensive introduction to services for retarded persons.

Pitt, David. Your Down's Syndrome Child. (National Association for Retarded Citizens, 1974). - a non-technical introductory booklet; 32 pp.; single copies free; extra 25¢ (C 38).

Randall, Rita M. Synopsis of the E.C.S. Program Proposed by the C.D.C.C. Unpublished report from the Providence Child Development Centre, Calgary, 1973.

Residential Services: Community Housing Options for Handicapped Persons. (National Institute on Mental Retardation, 1975). - principles of planning, staffing, architecture, budgeting, etc.; loose-leaf binder; 142 pp.

Sauer, Dana Brynelsen. "Good news from the Vancouver-Richmond Association for the Mentally Retarded," Déficience Mentale/Mental Retardation, XXV (July, 1975), 26-29.

Spain, Bernie and Guy Wigley (eds.). Right from the Start. London: National Society for Mentally Handicapped Children, 1975.

United States Department of Health, Education and Welfare (HEW). Day Care: Serving Children with Special Needs. Washington: Government Printing Office, 1972.

Wolfensberger, Wolf. The Principle of Normalization in Human Services. (Toronto: National Institute on Mental Retardation, 1972). - a text discussing interrelated principles and programs to integrate handicapped persons into society; 258 pp.; $8.50 (R13).

OUVRAGES RECOMMANDÉS AUX PARENTS ET AUX PROFESSEURS

Freeman, Peggy. Understanding the deaf/blind child. London: William Heinemann Medical Books Ltd., 1975.

a small paperback for parents and teachers, guiding them in the training of infants and young children.

Grim, Janet (ed.). Training Parents to Teach: Four Models. Chapel Hill, North Carolina: Frank Porter Graham Child Development Center, N.D.

Johnson, Margaret A. Initiation à la vie des déficients d'age Préscolaire; guide practique pour les parents. Montréal: L'Association du Québec pour les Déficients Mentaux, 1973.

Jordon, June B., and Rebecca F. Dailey (eds.). Not All Little Wagons Are Red: The Exceptional Child's Early Years. Arlington, Virginia: Council for Exceptional Children, 1973.

Illingworth, R.S. The development of the infant and young child, normal and abnormal. 5th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1972.

a professional treatment of child development.

Robinson, Halbert B., and Nancy M. Robinson. The mentally retarded child; a psychological approach. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1976.

a professional book which provides a good introduction to the field, including classification and theories of psychological development.

Theilman, Virginia B. John Tracy Clinic correspondence course for parents of preschool deaf-blind children. Los Angeles: John Tracy Clinic, 1973.

Parole et langage

Developmental Language and Speech Center. Teach your child to talk; a parent handbook. New York: Standard Publishing, 1973.

Harris, Grace M. Language for the preschool deaf child. 3rd ed. New York: Grune & Stratton, 1971.

High/Scope Educational Research Foundation. The language training curriculum. Ypsilanti, Michigan: High/Scope, 1970.

Molloy, Julia S. Your developmentally retarded child can communicate. New York: John Day, 1975.

Guides d'activités et mesures du développement

Alpern, G. and T. Boll: Developmental profile manual. Psychological Development Publications, Indianapolis, 1972.

Baker, Bruce L., Alan J. Brightman, Louis J. Heifetz and Diane M. Murphy, Steps to Independence, A Skill Training Series for Children With Special Needs, Research Press, Champaign, Illinois, 1976.

Bayley, N., Bayley scales of infant development. New York: The Psychological Corporation, 1969.

Brazelton, T. Berry, Neonatal behavioural assessment scale. The Lavenham Press, Ltd., Lavenham, Suffolk, England, 1973.

Doll, E., Vineland social maturity scale. Circle Pines, Minnesota: American Educational Guidance Services, 1953.

Dunn, L.M., Peabody picture vocabulary test. Minneapolis, Minnesota: American Guidance Services, 1965.

Folio, R., and R.F. Dubose, Peabody developmental motor scales. Nashville, Tennessee: George Peabody College for Teachers, 1974.

Gordon, I.J., Baby learning through baby play. New York: St. Martin's Press, 1970.

Gordon, I.J., Child learning through child play: Learning activities for two and three-year-olds. New York: St. Martin's Press, 1972.

Gunzberg, H.C., Progress assessment chart of social development. London: National Association for Mental Health, 1965.

Hart, Verna, Beginning with the handicapped. Springfield: C.C. Thomas, 1974.

Johnson, Vicki M., and R.A. Werner, A step-by-step learning guide for retarded infants and children. Syracuse, New York: University of Syracuse, 1975.

Joseph, R., D. Juster, H. Klebanoff, E.H. Schaffner, and D.G. Tucker, Home stimulation for the young developmentally disabled child. Boston, Massachusetts: Media Resource Centre, Massachusetts Department of Mental Health, Division of Mental Retardation.

Linde, T.R., and T. Kopp, Training retarded babies and preschoolers. Springfield, Ilinois: C.C. Thomas, 1973.

Monterey County Office of Education, Special Education Department. Pupil Development Progress Scale, Level I, Salinas, California, 1970.

Nisonger Center for Mental Retardation and Developmental Disabilities, Infant Stimulation Curriculum (second revised edition). Columbus, Ohio State University, 1976. Order from: The Nisonger Center, 1580 Cannon Drive, Columbus, Ohio, 43210. Approximate cost: $10.00.

Ontario Association for the Mentally Retarded, Sub-Committee on Developmental care, Resource Materials. O.A.M.R., Toronto, Ontario, 1973.

Painter, Genevieve, Teach your baby. New York: Simon and Schuster, 1971.

Quick, A.K., T.L. Little, and A.A. Campbell, Memphis Model of Individual Program Planning and Evaluation, Project Memphis, Memphis State University, Fearon Publishers, California, 1973.

Schattner, Regina, An early childhood curriculum for multiply handicapped children. New York: John Day Company.

Somerton, E.N., and K.D. Turner, Pennsylvania Training Model Individual Assessment Guide, Pennsylvania Department of Education, Bureau of Special and Compensatory Education, Division of Special Education, 1976.

Stock, Claudette, Motor, perceptual, conceptual learning tasks for the pre-academic child. Pruett Publishing Company, Boulder, Colorado, 1969.

REVUES

Déficience Mentale/Mental Retardation. Canadian Association for the Mentally Retarded, 4700 Keele St., Downsview, Ont. M3J 1P3.

Exceptional Children. Council for Exceptional Children. 1920 Association Drive, Reston, Va., 22091.

The Exceptional Parent. Practical Guidance for Parents of Children with Disabilities. 264 Beacon St., Boston, Mass., 02116.

Mental Retardation. American Association on Mental Deficiency. 5201 Connecticut Ave., N.W., Washington, D.C., 20015.

Newsletter. The Ontario Society for Autistic Children. 2719A Yonge St., Toronto, Ontario.

The Pointer. For Special Class Teachers and Parents of the Handicapped. P.O. Box 131, Syracuse, N.Y., 13210.

Review. American Association for the Education of the Severely/Profoundly Handicapped. P.O. Box 15287, Seattle, Wash., 98115.

BIBLIOGRAPHIES

Blakeslee et al. Children with Handicaps in Manitoba; Some Alternative Models of Programming - Bibliography. Department of Health and Social Development, Government of Manitoba, 1975.

Garde de jour: guide du lecteur. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Gouvernement du Canada, 1975. Disponible du Centre national d'information sur la garde de jour, Ottawa, K1A 1B5.

Selected Bibliography - Early Childhood Services. National Institute on Mental Retardation, National Reference Service. Periodically updated; free.

Harbin, Gloria et al. Early Childhood Curriculum Materials; an annotated bibliography. Chapel Hill, N.C.; Technical Assistance Development System, University of North Carolina, 1975.

Massachusetts Department of Mental Health, Division of Mental Retardation, Media Resource Center. Resource Materials for Serving Those With Special Needs. Box 158, Belmont, Massachussets. 02178.

Selected film list includes audiovisual material about children and children's services; book list is extensive and annotated, organized in sections including those on Parent Information; Mental Retardation - Children; Cerebral Palsy; Epilepsy; Child Development; Physical Handicaps; Speech and Language; Training in Self-Help Skills; etc. Also there is an extensive section on books for young people.

OUVRAGES CHOISIS QUE L'ON PEUT SE PROCURER À L'INSTITUT NATIONAL POUR LA DÉFICIENCE MENTALE (INDM)*

Baker, Hazel. The Volunteer in the Retarded Children's Nursery. (Toronto: Ontario Association for the Mentally Retarded, 1972). - an illustrated guide for volunteers; 45 pp.

Pitt, David. Your Down's Syndrome Child. (National Association for Retarded Citizens, 1974). - a non-technical introductory booklet; 32 pp.

Shearer, D., et al. Portage Guide to Early Education. (Cooperative Educational Service Agency No. 12, Portage, Wisconsin, 1976). - Revised Edition; developmental curriculum for children from birth to six years; includes 15 checklists, card file and manual of instructions.

Fotheringham, John B. and Mary Morrison. Prevention of Mental Retardation. (Toronto: National Institute on Mental Retardation, 1976). - discussion of causes of developmental disabilities and steps to be taken to prevent occurrence; 96 pp.

Orientation Manual on Mental Retardation. (Toronto: National Institute on Mental Retardation, revised, 1977). - a comprehensive introduction to services for retarded persons.

Residential Services: Community Housing Options for Handicapped Persons. (National Institute on Mental Retardation, revised, 1978). - principles of planning, staffing, architecture, budgeting, etc.; loose-leaf binder.

Perske, Robert. New Directions for Parents of Persons Who Are Retarded. (Cooperative Publication Association, Abingdon Press, 1973). - sensitive approach to help parents ensure maximum growth for their child; 64 pp.

Vulpé, Shirley German. Vulpé Assessment Battery: Developmental Assessment, Performance Analysis, Individualized Programming - for the Atypical Child. (Toronto, National Institute on Mental Retardation, 1977).

Wolfensberger, Wolf. The Principle of Normalization in Human Services. (Toronto: National Institute on Mental Retardation, 1972). - a text discussing interrelated principles and programs to integrate handicapped persons into society; 258 pp.

---

* Une liste des ouvrages est publiée tous les ans. Prière d'adresser les demandes de renseignements et commandes (payées d'avance) à:

Service des publications
INDM
Immeuble Kinsmen
Campus de l'Université York
4700, rue Keele
Downsview (Toronto), Ontario.
M3J 1P3
Tél: (416) 661-9611

MATÉRIEL AUDIO-VISUEL*

PERSPECTIVE GÉNÉRALE

V - 87: NURSING THE MENTALLY RETARDED INFANT *

30 min. 16 mm. Colour. Sound. 1977.

Film looks at the newborn child and the first few critical weeks and months of life. Mental retardation is defined, the causes which typically occur in the pre- and post-natal period are discussed, emphasis is given to the nurse's role in diagnosis and remediation, and good pre-natal care to prevent the needless occurrence of mental retardation is stressed.

V - 88: NURSING THE MENTALLY RETARDED CHILD*

30 min. 16 mm. Colour. Sound. 1977.

This film considers the childhood years. Mental retardation is defined, the causes common to the childhood period are explained, and some preventive measures are discussed. Skill development and training at home, school, camp and in hospital are seen to be critical during these years. Nurses are advised about the effects of their negative responses to a child who has been labelled 'mentally retarded'. They are encouraged to use parents as resource people in the development of nursing care plans, and to investigate local community support services for retarded persons for follow-up after hospitalization.

Note: although directed primarily to nurses, both the above films provide basic information about early childhood which will be useful to many professionals.

Film
V - 79 READIN' AND WRITIN' AIN'T EVERYTHING*

25 min. 16 mm. Colour. Sound. 1975.

Introduces retarded children and adults with varying degrees of handicap; through interviews with them and their families the film demonstrates the need for community services, will help create a normalized living situation for retarded members of society.

---

* S'adresser à:

Institut national pour la déficience mentale
Cinémathèque de l'INDM
Immeuble Kinsmen
Campus de l'université York
4700, rue Keele
Downsview (Toronto), Ontario.
M3J 1P3

PRÉVENTION

Film
V - 62 MASS SCREENING FOR NEWBORN INFANTS*

10 min. 16 mm. Colour. Sound. 1974.

Briefly outlines the various tests which can be performed on newborn infants, to determine the presence or absence of inborn metabolic disorders. Recommended for professional audiences.

Film
V - 43 THE CASE AGAINST RUBELLA*

10 min. 16 mm. Colour. Sound. 1970.

Produced by Smith, Kline and French to promote immunization against German measles.

SERVICES POUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Film
V - 83 FIRST STEPS*

24 min. 16 mm. Colour. Sound. 1976.

The importance of early stimulation and child development is stressed. The film shows that with early identification and training, followed by early childhood programs, young children who are developmentally delayed can learn sufficient skills to participate in normal nursery school activities. Produced by the National Film Board in cooperation with the Montreal Association for the Mentally Retarded.

Film
V - 75 A TIME TO LEARN *

24 min. 16 mm. Colour. Sound. 1974.

A demonstration early education centre at the John F. Kennedy Center, George Peabody College, Nashville, Tennessee. The program emphasizes language development, parent participation and the integration of young developmentally delayed children with "normal" toddlers of the same age (12 to 36 months). Particularly interesting to parents and Early Childhood specialists.

Film
V - 80 KAREN*

10 min. 16 mm. Black and White. Sound.

The case history of a premature, totally blind child from 12 to 22 months. The gradual and complete recovery from the effects of one year of sensory and maternal deprivation is illustrated. The emphasis is on parent-centred intervention to promote the child's emotional intellectual growth.

Videotape
GD5 KINDERGARTEN *

A look at the effects on a kindergarten class when it accepts a child with Down's Syndrome. Explores the effects on a handicapped child, the other children, the teachers and parents. Features discussion on integration of handicapped children into regular classrooms. Participants are the teachers, the principal and the child's mother. 0:20:00 B & W EIAJ type one 1/2 inch. Produced by NIMR/Communications Resources Division.

Videotape
GD8 A SCHOOL FOR EVERYONE *

A videotape documentary on Rockford Road Public School in the Borough of North York, Ontario. Features interviews of the principal, Ted Gould and the special education resources teacher Maureen Balcombe, and video of actual classroom situations. Portrays the history, philosophies, operations, liabilities and assets of running a fully integrated community school. Designed for the new public school teachers, principals, school boards and parents, this tape holds many practical suggestions dealing with the integration of handicapped children (both mentally and physically handicapped) into public school settings. This tape is part of a package containing audiotape interviews, magazine articles and bibliographies. 0:43:00 B & W EIAJ type one 1/2 inch video.

Film
V - 44 ANOTHER KIND OF SCHOOL*

28 min. 16 mm. Colour. Sound. 1965.

A portrayal of a junior training centre in England in which the program is organized around the four areas of self-help, communication, occupation and socialization. Very good for anyone interested in the education of the retarded students.

MÉTHODES D'ENSEIGNEMENTS ET CONCEPTION DES PROGRAMMES

Videotape
GD9 TOWARD INDEPENDENT FEEDING*

An instructional videotape on independent feeding training for the young child with Down's Syndrome. Accompanied by detailed reference manual which gives many specific step-by-step procedures through text and photographs. One of a series of excellent materials produced by the New England Developmental Disabilities Communications Centre. Especially valuable to parents. 0:20:00 B & W EIAJ type one 1/2 inch video. Produced by New England Developmental Disabilities Communications Center.

Videotape
GD10 EARLY STIMULATION*

Using the Piagetian concepts, very young children are taught "constructive interaction adaption" which raises their level of functioning. Dr. Bill Bricker, formerly of the George Peabody College for teachers, Nashville, Tennessee, is Program Director. From the Malimar Center, University of Florida at Miami. (10 min.)

Film
V - 66 READING IS FOR US, TOO*

30 min. 16 mm. Colour. Sound. 1969.

How mentally retarded children can be taught to read by the innovative procedures developed by Dr. D.H. Stott. The film also details how reading readiness can be achieved through a pre-reading "Flying Start" program.

Film
V - 67 CONCRETE STEPS*

27 min. 16 mm. Colour. Sound. 1971.

Shows the importance of language stimulus in the education of mentally handicapped children, and how parents can help their children. Three aspects are shown: the control and exercise of muscles used in breathing and feeding, environmental stimulus, and the growth of language. Useful for teachers of the mentally handicapped as well as parents.

Film
V - 76 TRY ANOTHER WAY*

27 min. 16 mm. Colour. Sound. 1975.

The first in a series of films on the teaching technology developed by Marc Gold. It demonstrates the "Try Another Way" approach of teaching complex assembly tasks to mentally retarded people at all levels of retardation. Recommended for lay and professional audiences.

Film
V - 82 TRY ANOTHER WAY TRAINING SERIES *

16 mm. Colour. Sound. 1976.

18 min. No. 1 Task Analysis
13 min. No. 2 Content and Process
15 min. No. 3 Formats for Single Pieces of Learning

These films are a training program for people interested in learning to teach by the Marc Gold method.

MR. SYMBOL MAN

49 min. 16 mm. Colour. Sound. 1975.

A cooperative project of the National Film Board and Film Australia. Fascinating film on the life and work of Charles Bliss who has invented a language of symbols. Story covers the use of Blissymbols by the Ontario Crippled Children's Centre as an alternate means of communicating for children with cerebral palsy. Implications for non-verbal children and adults. Distributed by the National Film Board: regional locations.

FROM CRADLE TO CLASSROOM

(Parts I & II) 25 minutes each. Colour.

"From Cradle to Classroom", filmed for CBS and narrated by Walter Cronkite, emphasizes the need for stimulation of the developmental processes during infancy and early childhood. The film shows special teaching devices and instructional techniques which can increase physical skills as well as verbal and conceptual abilities.

Direct inquiries to:

Film Division
McGraw-Hill Company of Canada Ltd.
330 Progress Avenue
Scarborough, Ontario.

THREE WORLDS OF CHILDHOOD

29 min. Colour; available in 16 mm. film or 5 videotape formats.

A fascinating film inquiry, directed by Dr. Urie Bronfenbrenner, into the ways children are raised in the United States, China and Soviet Russia.

Direct inquiries to:

ETV Center
MVR Hall, Cornell University
Ithica, New York 14853

DEVELOPMENTAL EVALUATION IN INFANCY

60 min. - SD - black/white. 1966

The first part of this film shows developmental mechanisms involved in adaptive and fine motor behaviour and traces the evolution of behaviour from four weeks to fifteen months. The second part shows developmental mechanisms involved in gross motor behaviour from four weeks to fifteen months.

FONCTIONS NEUROLOGIQUES NORMALES ET ANORMALES EN BAS ÂGE

28 min. - SD - black/white. 1964

This film illustrates the need to consider an infant's level of function in evaluating the significance of abnormal neuromotor patterns. It also shows the importance of differentiating motor from intellectual handicaps.

For both films inquire from:

Ohio State university
Department of Photography
Child Study Film Library
Room 107-A Haskett Hall
156 West 19th Avenue
Columbus, Ohio 43210

ACTIVITÉS STIMULATRICES POUR LES BÉBÉS ET LES TOUT-PETITS

16 mm. Colour. 20 minutes.

This film depicts a day care program for minimally developmentally delayed toddlers in a small group setting. Portrays individual programming, planning and child-adult interaction.

Available from:

The Nisonger Center
University of Ohio
1580 Cannon Drive
Columbus, Ohio 43210

APPENDICE A

Organisations nationales pour les gens handicapés

Si vous avez des questions au sujet des filiales dans votre région, de la disponibilité de documentation et des ateliers à venir, veuillez vous adresser aux organisations suivantes:

Association canadienne pour la santé mentale
2160, rue Yonge
Toronto (Ontario)
M4S 2A9

Institut national canadien pour les aveugles
1929, avenue Bayview
Toronto (Ontario)
M4G 3E8

Association canadienne contre la dystrophie musculaire
55, boulevard Huntingdale
Agincourt (Ontario)
M1W 2N9

Fondation canadienne de la fibrose kystique
51, avenue Eglinton est
Toronto (Ontario)
M4P 1G7

Société canadienne de la Croix-rouge
95, rue Wellesley est
Toronto (Ontario)
M4Y 1H6

Société canadienne de l'ouïe
60, rue Bedford
Toronto (Ontario)
M5R 2K2

Société canadienne contre l'arthrite et le rhumatisme
Suite 420
920, rue Yonge
Toronto (Ontario)
M4W 3J7

Conseil canadien pour la réadaptation des handicapés
Suite 2110
1, rue Yonge
Toronto (Ontario)
M5E 1E8

Association canadienne pour les déficients mentaux
Immeuble Kinsmen, N.I.M.R.
Campus de l'Université York
4700, rue Keele
Downsview (Ontario)
M3J 1P3

Conseil canadien de coordination de la déficience auditive
55, avenue Parkdale
Ottawa (Ontario)
K1Y 4G1

Institut national pour la déficience mentale
Immeuble Kinsmen, I.N.D.M.
Campus de l'Université York
4700, rue Keele
Downsview (Ontario)
M3J 1P3

Conseil de l'enfance exceptionnelle
6450, rue Thorold Stone
Niagara Falls (Ontario)
L2J 1B3